



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП

Правен факултет - Кочани

Лилјана Пашалиска

**ПРАВАТА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И НАДОМЕСТОКОТ
НА ТРОШОЦИТЕ ЗА ЛЕКОВИ**

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Штип, декември 2013

Комисија за оценка и одбрана

Ментор: Војо Беловски

Вон.проф. д-р, Правен факултет – Кочани

Претседател: Андон Мајхошев

Доц. д-р, Правен факултет - Кочани

Член: Борка Тушевска

Доц. д-р, Правен факултет - Кочани

Датум на одбрана:

Датум на промоција:

Трудот го посветувам на моето семејство

Правата од здравственото осигурување и надоместокот на трошоците за лекови

Краток извадок

Фондот за здравствено осигурување како институција која врши дејност од јавен интерес во согласност со Законот за здравствено осигурување го спроведува задолжителното здравствено осигурување и на осигурениците им ги обезбедува двете основни права што ги определува Законот, а тоа се правото на здравствени услуги и право на парични надоместоци, врз основа на начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење.

Во овој труд се истражува дали и колку влијае проширувањето на Позитивната листа на лекови врз намалувањето на поднесени барања на осигурениците за надомест – рефундација на средства за лекови од Позитивна листа, набавени со сопствени средства, како и задоволството на граѓаните со проширување на листата на лекови со лекови без доплата или минимална доплата.

Во овој труд, исто така, се разработени и здравствените услуги кои осигурениците ги користат во три нивоа и тоа: во примарна здравствена заштита, специјалистичко – консултативна и болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита. Посветено е внимание и разработени се и правата на парични надоместоци кои се остваруваат во управна постапка по поднесено барање. Разработена е и управната постапка во прв степен од поднесување на барање со потребна документација за секое право, до процедурата и начинот на донесување на решение и по извршноста на решението до начинот на исплата на надоместокот.

Во Заклучокот од овој труд се дадени предлози за она што во иднина, или како постојана задача, да биде на Фондот и здруженијата на граѓани со одредени заболувања во смисла како и на кој начин да се намали цената на скапи лекови за одредени заболувања, за да бидат подостапни за пациентите кои боледуваат од одредени болести, а лековите за нив се со висока цена

Клучни зборови

Основни здравствени услуги,

Примарна здравствена заштита,

Специјалистичко – консултативна здравствена заштита,

Болничка здравствена заштита,

Позитивна листа на лекови,

Матичен лекар, Аптеки.

Rights of health insurance and reimbursement of the costs for drugs

Summary

Health insurance fund of Macedonia, as an institution dealing with issues of public interest in accordance with the Law for health insurance has conducting the compulsory health insurance and provide the two basic rights for the insured defined with the Law: the right for health services and the right for reimbursements, based on the principles for comprehensiveness, solidarity, equal opportunities and effective use.

The goal of this master Thesis is to do research for the influence of the extension of the Positive list of drugs on the decreasing of the submitted requests of the insured for reimbursement for drugs of Positive list that are paid with their own funds, as well as satisfaction of the citizens for extension of the List of drugs with new drugs without surcharge or with minimum surcharge.

This Thesis also gives overview of the health services that are provided for insured on three levels of services: primary health care, specialist-consultative health care and hospital (short term and long term) health care. Special attention is focused on the rights for reimbursement that are fulfilled in the administrative procedure, after the submitted request. The detailed elaboration of administrative procedure in first degree is also presented, from the submission of the request with the necessary documentation to the procedure and method of the decision making, after the validity of the decision up to the manner of the payment of the reimbursement.

In the Conclusion of the Thesis, I have elaborated some suggestions for the next activities that needs to be done by the Health insurance fund of Macedonia independently or, in cooperation with some associations of the patients with specific diseases, in order to decrease the price for some expensive drugs that are aimed for specific diseases and make those accessible for the patients that are having specific diseases that are demanding use of expensive drugs for medical treatments.

Key words:

Basic health services,

Primary health protection,

Specialist - consultative health protection,

Hospital health protection,

Positive List of drugs,

Family doctor,

Pharmacies.

СОДРЖИНА

1. ВОВЕД.....	11
2. ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА	14
3. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	15
3.1. Основна цел на истражувањето	15
3.2. Предмет на истражувањето.....	16
3.2.1. Временско одредување на предметот на истражувањето.....	16
3.2.2. Просторно одредување на предметот на истражувањето.....	16
3.3. План за работа	16
3.3.1. Термински план.....	17
3.3.2. План за материјални средства.....	17
3.3.3. План за технички средства.....	17
3.4. Хипотези	17
3.4.1. Главни хипотези	17
3.4.2. Нулта хипотеза	18
3.5. Варијабила.....	18
3.5.1. Независна варијабила.....	18
3.5.2. Зависна варијабила.....	18
4. МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	18

5. КОМПАРАТИВЕН ПРИКАЗ НА ОРГАНИЗАЦИОНАТА УРЕДЕНОСТ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО НЕКОИ РЕФЕРЕНТНИ ЗЕМЈИ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА	19
6. ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ.....	27
6.1. Право на здравствени услуги	27
6.1.1. Право од примарна здравствена заштита.....	28
6.1.2. Право од специјалистичко - консултативна здравствена заштита.....	34
6.1.3. Право од болничка здравствена заштита	36
6.1.4. Право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО).....	38
6.1.5. Право на медицинска рехабилитација.....	39
6.1.6. Право на протези и други ортопедски помагала.....	40
6.1.7. Право на користење на здравствени услуги во странство.....	41
6.2. Права на парични надоместоци.....	46
6.2.1. Надоместок на плата	46
6.2.2. Надоместок на патни трошоци.....	49
6.2.3. Право на надоместок на средства за вградени стандардни материјали.....	50
6.2.4. Право на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита.....	50
6.2.5. Право на надоместок на средства за лекови од Позитивна листа на лекови.....	51
7. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ.....	53

7.1. Движење на надоместокот на лекови на ниво на Република Македонија и на Општина Берово.....	53
7.2. Анкета на населението од задоволството од проширувањето на Позитивната листа на лекови	64
8. ПОСТАПКА ЗА НАДОМЕСТ НА СРЕДСТВА ЗА ЛЕКОВИ	69
9. РЕЗУЛТАТИ.....	76
10. ЗАКЛУЧОК.....	77
11. ДОДАТОК	81
12. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	88

Правата од здравственото осигурување и надоместокот на трошоците за лекови

1. ВОВЕД

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е основан со Законот за здравствено осигурување заради спроведување на задолжителното здравствено осигурување, како институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања утврдени со Закон.

Фондот спроведува прописи и политика на развој и унапредување на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување, обезбедува остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законито остварување на нивните права и им дава стручна помош при остварување на нивните права и интереси. Ги плаќа здравствните услуги на осигурените лица на здравствените установи кои ги обезбедуваат здравствените услуги, ги плаќа надоместоците на плати и други парични надоместоци, утврдува цени на здравствени услуги, утврдува референтни цени на лекови, ортопедски помагала, опрема, протези, за кои Министерот за здравство дава согласност.

Исто така, Фондот договара обезбедување на здравствени услуги на осигурени лица со здравствени установи, според нормативи и стандарди базирани врз усвоена медицинска доктрина за ефикасна и рационална здравствена заштита, спроведува меѓународни договори во делот на задолжителното здравствено осигурување.

Фондот го следи и анализира движењето и развојот на задолжителното здравствено осигурување и здравствената заштита и предлага мерки за развој и унапредување на здравствената заштита, го контролира остварувањето на правата на паричните надоместоци на осигурениците, врши контрола на

редовната уплата на придонесот за здравствено осигурување, води евиденција за осигурените лица, за обврзниците за плаќање на придонесот за задолжително осигурување и за правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

Со одредбите од член 31 од Законот за здравствено осигурување предвидена е постапка за остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

Со Правилникот за измени и дополнување на Правилникот за содржината и начинот за остварувањето на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување во член 97-б пропишани се барања за остварување на права од задолжително здравствено осигурување со пропишана потребна документација за секое од правата кои се составен дел на Правилникот. Во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги во странство во член 28-б пропишани се и обрасци на барањата и потребните документи - прилози кои се доставуваат кон барањето за остварување на правото и истите се составен дел на наведените правилници.

Функцијата на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како јавна институција која врши дејност од јавен интерес, покрај другите функции и цели наведени погоре во воведот, одлучува и за правата од задолжително здравствено осигурување, како и начинот, условите и постапката за нивно остварување.

Основната цел на ова истражување, покрај разгледување на правата од задолжително здравствено осигурување што осигурениците ги остваруваат во Фондот, односно Подрачните служби, е утврдување на правото на надомест – рефундација на средства за набавени лекови што осигурениците ги набавиле со сопствени средства, а кои се наоѓаат на Позитивната листа на лекови. Исто така, покрај ова, цел на истражувањето се реформите во здравството (проширувањето на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата), колку влијаат врз намалувањето на поднесени барања за повраток на средства за набавени лекови.

Предмет на истражувањето е да се утврди дали проширувањето на Позитивна листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата влијае во намалувањето на поднесени барања за повраток на средства за набавените лекови со сопствени средства и да се утврди задоволството на осигурениците од снабденоста со лекови. Истражувањето се однесува за временски период од јануари 2008 година до декември 2011 година и тоа на ниво на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија и на Подрачна служба – Берово.

Во изработката на магистерскиот труд е спроведено истражување за бројот на изработени предмети по тип на повраток во Подрачната служба – Берово, како и истражување на ниво на Република Македонија, конкретно за движењето на рефундацијата на лекови во назначениот период. Спроведена е и анкета на населението на подрачјето на Подрачна служба – Берово по селските населби и градот Берово, за тоа дали осигурениците се задоволни од начинот на снабдување со лекови со проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата. Обработката на овие податоци е извршена со примена на дескриптивниот метод, аналитичкиот, синтетичкиот, компаративниот, статистичкиот метод. Користени се и инструменти, односно техники на собирање податоци и тоа анкета и интервју. Користени се и релативни износи, проценти, табеларни прегледи и графикони.

Покрај истражувачкиот дел кој е спроведен за да се даде одговор на поставените хиптези, во трудот има и тематски дел каде што се обработени правата од здравствено осигурување кои се категоризирани во две групи и тоа: правата на здравствени услуги кои што осигурениците ги остваруваат во три нивоа и правото на парични надоместоци. Исто така, разработена е и управната постапка, начинот и условите за остварување на правото на надомест – рефундација на средства за набавени лекови кои се наоѓаат на Позитивна листа, а кои осигурениците ги набавиле со сопствени средства.

Во едно поглавје од трудот направен е компаративен приказ на уреденоста на здравственото осигурување во две референтни земји, Република Словенија и Република Хрватска.

2. ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија е правно лице со јавни овластувања. Јавните служби се резултат на поделбата на трудот во едно општество и тие служат за задоволување на некои заеднички потреби на членовите на една општествена заедница¹.

Врз основа на Амандманот 64 на Уставот на Република Македонија од 17.11.1991 година, престанаа да функционираат 35-те општински سموуправни интересни заедници за здравствена заштита и здружената СИЗ на град Скопје.

Во согласност со оваа одредба, во состав на Министерството за здравство, почна со работа Фондот за здравствено осигурување, како единствена осигурителна организација во која се спроведува задолжителното здравствено осигурување врз начелата на заемност, солидарност, за целата територија на Република Македонија.

Во Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат средствата за основната здравствена заштита, за мрежата на здравствените организации и финансирање на дејноста на здравствените организации, врз основа на цени на здравствени услуги, односно програми и договори за спроведување на здравствената заштита на осигурениците.

Во состав на Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, практично, немаше никаква самостојност иако беше определено дека има својство на правно лице одговорно пред министерот за здравство.

Собранието на Република Македонија на 17 октомври 2000 година донесе одлука со која именува членови на управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (Службен весник на РМ, бр.84/2000).

Владата на Република Македонија на 8 ноември 2000 година донесе одлука

¹ Беловски В. (2010). Правен факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип; Административно право – применета програма (Авторизирани предавања), Глава 4 и 5 стр.107-110

со која именуваше вршител на должноста директор на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (Службен весник на РМ, бр. 92/2000).

Со овие одлуки на Собранието и Владата на Република Македонија се исполнети условите за започнување со работа на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија како самостојна институција за спроведување на задолжителното здравствено осигурување².

Со реформите во здравствениот систем кои започнаа од 2005 година и Фондот почна да се трансформира и тоа од институција која го финансира работењето на јавното здравство, во купувач на здравствени услуги. Тоа значи дека по заокружувањето на оваа реформа, Фондот ќе обезбедува здравствени услуги во зависност од потребите на осигурениците. Во таа насока ќе се унапреди и квалитетот на здравствени услуги кои Фондот ги дава на осигурениците во согласност со Законот.

3. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Научните цели имаат непосредна оперативна функција во истражувањето, поради тоа што ја имплицираат содржината на хипотезите, природата на индикаторите, структурата на методите на истражувањето, потоа анализата на податоците, заклучувањето и верификацијата на хипотезите³.

3.1. Основна цел на истражувањето

Основна цел на истражувањето е да се утврди степенот на подобрување на снабденоста со лекови на осигурениците на ниво на Република Македонија и за подрачјето за Подрачна служба - Берово од Позитивната листа на лекови кои паѓаат на товар на средствата на Фондот со лекови без доплата или со минимална доплата.

² Фонд за здравствено осигурување на Македонија (2012). Преземено на 7 јуни 2013г <http://www.fzo.org.mk>

³ Стојчев В. Методологија на воените науки (2004), стр 325

3.2. Предмет на истражувањето

Предмет на истражувањето е да се утврди дали со проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата за набавени лекови, се намалуваат Барањата за надомест – рефундација на средства за набавени лекови од Позитивна листа со сопствени средства.

3.2.1. Временско одредување на предметот на истражувањето

Истражувањето се однесува за временски период од јануари 2008 година до декември 2011 година.

3.2.2. Просторно одредување на предметот на истражувањето

Истражувањето се однесува за надомест на лекови на ниво на Република Македонија и за подрачјето на Подрачна служба – Берово.

3.3. План за работа

При изработка на магистерскиот труд ќе споведам истражување за бројот на предмети за остварување на правото надомест - рефундација на средства за набавени лекови од Позитивна листа на лекови со сопствени средства на ниво на Република Македонија и на ниво на подрачјето на Подрачна служба – Берово и ќе споведам истражување за тоа дали со проширувањето на Позитивната листа на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ бројот на предмети се намалува и какво е задоволството на осигурениците со проширување на листата на лекови, а со тоа и снабденоста со лекови без доплата.

Преку обработка на овие податоци со примена на соодветни методи ќе утврдам дали со проширување на Позитивната листа на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија се намалува бројот на поднесени барања, односно се намалува бројот на предмети за надомест на средства за набавени лекови со сопствени средства на ниво на Република Македонија и на ниво на подрачјето на Подрачна служба – Берово,

како и дали и колку осигурениците се задоволни со проширување на листата на лекови, а со тоа и снабденоста со лекови без доплата.

3.3.1. Термински план

Истражувањето е спроведено во подолг временски период и тоа еден дел во 2012 година и еден дел до првата половина на 2013 година.

Трудот е изработен со активна работа во текот на попладневните часови и тоа во период од 19 до 23 часот.

3.3.2. План за материјални средства

За обработка на темата и изработка на трудот беа потребни следните материјални средства:

- Износ од 3.000,00 денари, на име користење на превоз за прибирање на потребни податоци врз основа на анкета на граѓаните;
- Износ од 8.000,00 денари за набавка на хартија, изготвување и печатење на трудот.

3.3.3. План за технички средства

За обработка на темата и изработка на трудот беа потребни следните технички средства:

- Компјутер,
- Печатач,
- Преносна меморија (USB),
- Фотокопир.

3.4. Хипотези

3.4.1. Главни хипотези

Проширувањето на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или минимална доплата кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување, влијаат врз намалувањето на поднесените барања, односно врз бројот на

предмети за решавање за право на надомест на средства за купени лекови од Листата на лекови и влијае врз задоволството на осигурениците за снабденоста со лекови.

3.4.2. Нулта хипотеза

Нема разлика во намалувањето на предмети и поднесени барања за право на надомест на средства за купени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ и нема разлика во степенот на задоволство од страна на осигурениците кои живеат во градот и во селските населби од проширување на Листата на лекови.

3.5. Варијабила

3.5.1. Независна варијабила.

Независна варијабила се знаењето, способноста, начинот и постапката за остварување на правото за надомест на средства за купени лекови, технички и просторни услови, висината на средствата во ФЗОМ по склучени договори во ПЗУ аптеките, платите во јавните здравствени установи.

3.5.2. Зависна варијабила

Проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или минимална доплата, како и задоволството на осигурениците од проширување на Листата на лекови е изразена преку бројот на намалени поднесени барања за надомест на средства за купени лекови од Листата на лекови.

4. МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во изработка на магистерскиот труд се користени следните методи и техники на работа:

- Дескриптивниот метод;
- Аналитичкиот метод;

- Синтетичкиот метод;
- Статистичкиот метод и
- Компаративниот метод.

Користени се и инструментите, односно техниките на собирање податоци и тоа анкетата и интервјуто. Користени се и релативни износи, проценти, табеларни прегледи со податоци.

- Дескриптивниот метод е користен при описот на начинот и постапката како и условите за остварување на правото за надомест на средства за купени лекови од Листата на лекови, како и остварување на сите други права од здравствено осигурување

- Аналитичкиот и синтетичкиот метод најдоа особена примена при изработка на магистерскиот труд бидејќи со помош на истите се извршени анализа и синтеза на правата од здравствено осигурување.

- Статистичките методи се применети во делот во кој статистичките податоци се прикажани табеларно со цел да бидат претставени што е можно попрегледно и од нив визуелно да може да се забележи движењето на одредени појави, а со тоа да можат да се донесат и одредени заклучоци.

Во одреден дел од магистерскиот труд посебна примена при донесувањето на заклучоците најде χ^2 – тестот, кога испитаниците го оценуваат влијанието во однос на проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата.

Напред наведените методи и техники се применети со цел полесно да се утврди состојбата во делот на снабдувањето на осигурениците со лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ како и задоволството на осигурениците од проширувањето на листата на лекови.

5. КОМПАРАТИВЕН ПРИКАЗ НА ОРГАНИЗАЦИОНАТА УРЕДНОСТ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО НЕКОИ РЕФЕРЕНТНИ ЗЕМЈИ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Поаѓајќи од потребата да се подобри функционирањето и работата на Фондот за здравствено осигурување, во оваа глава ќе бидат разработени организацијата на здравствените системи во Република Словенија и Република

Хрватска како референтни земји, пред сè во поглед на нивоата на здравствените услуги и за да се компарираат со системот на здравствено осигурување кај нас.

Тешко е да се направи директна споредба на здравствените системи, поради нивната комплексност и различност, па затоа, овде, во трудот посебно се анализираат Република Словенија и Република Хрватска во делот и степенот на вршење на здравствените услуги и се заокружува овој дел од трудот со анализа на моменталната состојба во нашиот здравствен систем.

СЛОВЕНИЈА

Здравствените услуги во Р.Словенија се финансираат најмногу преку придонеси од обврзното здравствено осигурување, премиите од доброволното здравствено осигурување и преку даноците. Иако може да се каже дека здравствените услуги се универзални во Р.Словенија, односно достапни за сите граѓани, сепак, пристапот до одредени здравствени услуги е лимитиран, главно поради недостатокот на даватели на услуги (на пример, стоматолошка нега) или поради долгиот временски период на чекање (на пример, за одредени операции). Здравствените услуги на примарно ниво се даваат вообичаено од јавни здравствени установи како и од независни матични лекари. Лекарите од примарната здравствена заштита ги упатуваат пациентите кај лекари – специјалисти доколку утврдат дека за тоа има потреба, исто како и кај нас.

Што се однесува до реформаторската политика на Р.Словенија во здравствениот систем од осамостојувањето до денес донесени се повеќе реформи: во финансирањето на здравствената грижа, на пример, плаќање на болнички услуги по дијагностичко сродни групи (DRG), воведување на клинички водич, од Министерство за здравство, со цел зголемување на квалитетот на здравствената грижа, откажувањето на долговите за задолжителното здравствено осигурување, од страна на Заводот за здравствено осигурување на Словенија. Потоа, систем за изедначување на ризикот за доброволно (приватно) здравствено осигурување, воведен во 2005 година.

Носител на здравствениот систем во Р.Словенија е Министерството за здравство. Организационата структура на здравствениот систем е во напредна фаза и се состои од повеќе чинители, опфаќајќи повеќе агенции под надлежност

на Министерството за здравство, на пример Здравствениот инспекторат, јавните независни тела како Заводот за здравствено осигурување на Р.Словенија, Институтот за јавно здравје, јавните здравствени установи и центрите за примарна здравствена заштита, како и приватните здравствени установи и најразлични невладини организации и професионални асоцијации. Експерти од Министерството за здравство вршат супервизија и контрола на системот кој што постепено се децентрализира. Во 1992 година беа донесени фундаментални реформи кои главно се состоеја од задолжително здравствено осигурување, одобрување на приватна пракса во полето на здравствената нега, воведување на нов систем на плаќање на здравствени услуги, воведување на професионалните асоцијации, Медицинска комора и Фармацевска комора, плаќање на болнички услуги по дијагностички сродни групи, зајакнување на квалитетот на третмани на пациентите, воведување на системот за изедначување на ризикот на давателите на комплементарно доброволно здравствено осигурување.

Во 1999 година беше воведена здравствена осигурителна карта. Со воведување на истата сите здравствени установи кои што работеа по договор со Заводот за здравствено осигурување на Р.Словенија беа вклучени во мрежата која што е одржувана, управувана и координирана токму од овој завод. Потоа следеше стратегија за електронско здравство за 2010 година .

Како што може да се забележи, Р.Словенија има многу сличен здравствен систем на нашиот. Тоа што треба да се потенцира како суштинска разлика е фактот дека во Р. Словенија функционираат околу триесеттина болници и сите се во јавна, државна сопственост, а пак премиите од приватното здравствено осигурување опфаќаат околу 30% од вкупните средства кои што го финансираат здравствениот систем на Р. Словенија на годишно ниво.

Инаку, Заводот за здравствено осигурување на Р.Словенија има слична улога како нашиот Фонд за здравствено осигурување.

ХРВАТСКА

Здравствениот систем во Р.Хрватска се базира на принципите на еднаквост, континуираност и достапност. Во Р.Хрватска постои социјален здравствен осигурителен систем. Но, јавните фондови за здравствено осигурување се

финансираат преку два главни извори: придонеси за задолжително здравствено осигурување кои имаат доминантно учество и средства собрани од даноците. И двете ставки се дел од државниот буџетски придонес за здравствено осигурување на годишно ниво, кој што годишно се утврдува од Министерството за здравство, Заводот за социјална помош и Министерството за финансии и се ратификува од Парламентот. За разлика од другите земји со социјално здравствено осигурување приливот на средство во хрватскиот здравствен систем на задолжително здравствено осигурување не зависи само од придонесот од плати. Дополнително, придонесите од 0,5% од бруто приходот се собираат од вработените во случај на повреда или здобивање на болест на работно место. Како дел од политиката на децентрализација, дел од јавните трошоци за здравство ги покрива Владата. Интересен податок е колку проценти се трошат од бруто домашниот производ за здравство, околу 10%, додека околу 2% се средства од приватното здравствено осигурување. Здравствениот систем во Хрватска е доминиран од единствениот јавен здравствен осигурителен фонд – Хрватскиот Завод за здравствено осигурување. За да се обезбеди еднаквост во пристапот за сите граѓани, здравствените установи кои што имаат договори со Фондот, ја вршат својата дејност во согласност со правилата на националната мрежа за здравствена грижа. Мрежата ја утврдува алокацијата на јавните финансиски ресурси помеѓу 20 општини, според демографските карактеристики, морталитетот и слично. Владата продолжува да игра двојна улога: како корисник и како давател на здравствени услуги, преку своето влијание во Фондот и, од друга страна, како најголем сопственик на болници и јавни здравствени установи. Од 1991 година, хрватскиот здравствен систем беше предмет на низа организациони реформи. Реформите се однесуваа на намалување на јавните и зголемување на приватните трошоци во системот. Иако реформите, до одреден степен, успеаја да го намалат јавното трошење во здравството тие не успеаја адекватно да се соочат со одредени проблеми, како на пример, зголемувањето на заостанатите долгови и продуктивноста на здравствениот систем. Значајни мерки, вклучувајќи го зајакнувањето на мониторингот, регулативата и воведувањето на

пософистицирани начини на финансиско потпомагање на системот, остануваат приоритет на здравствениот систем во Р.Хрватска.

Сопственоста врз установите за секундарна и терцијарна здравствена заштита беше поделена помеѓу државата, градовите и општините. Установите за терцијарна здравствена заштита, вклучувајќи ги и клиничките болници, клиничките болнички центри и националните институти за здравје, останаа во државна сопственост. Установите за секундарна здравствена заштита – општи и специјални болници и општински институти за јавно здравје, преминаа во сопственост на општините. Поголемиот дел од примарната здравствена заштита, односно ординациите на матичните лекари лоцирани во здравствените центри беа приватизирани, додека останатите останаа во сопственост на општините.

Една од главните реформи во Р.Хрватска беше зголемувањето на средствата во приватните фондови на системот што се состоеше од проширување на системот на партиципација, преку намалување на бројот на поединци исклучени од партиципација, воведување на административни такси и исклучување на трошоци за лекови од бенефициите на комплементарното осигурување.

Во Хрватска, покрај задолжителното и приватното здравствено осигурување, постои и доброволно дополнително здравствено осигурување во состав на задолжителното здравствено осигурување кое го спроведуваат Хрватскиот Завод за здравствено осигурување и друштвата за осигурување. Со ова осигурување, на осигурените лица Заводот им ја осигурува исплатата на разликата во вредноста на здравствените услуги, кои што во рамките на основното задолжително здравствено осигурување не ги подмирува Хрватскиот Завод за здравствено осигурување. Условите и начинот на спроведување на дополнителното, доброволно здравствено осигурување се пропишани со Правилникот за условите и начинот на спроведување на дополнителното здравствено осигурување донесен во 2002 година.

Инаку, Хрватскиот Завод за здравствено осигурување е државно административно тело, но во поглед на социјалното здравствено осигурување е потполно независно.

Треба да се потенцира дека во Р.Хрватска е донесен Закон за доброволно здравствено осигурување во 2006 година, со кој поблиску се уредуваат видовите, условите и начините на спроведување на доброволното здравствено осигурување⁴.

СЕГА ПОДЕТАЛНО ЌЕ ЈА РАЗГЛЕДАМЕ ПОСТАВЕНОСТА НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА.

Здравствената заштита во Република Македонија се темели врз единството на превентивните, дијагностичко – терапеввските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување квалитетен и сигурен здравствен третман.

По независноста, Република Македонија воспостави осигурителен здравствен систем во кој Владата и Министерството за здравство се задолжени за донесување на законската регулатива за управување и начинот на вршење на активностите во рамките на здравствениот систем, додека пак, формираниот Здравствен осигурителен фонд е одговорен за собирање на придонесите, распределбата на средствата, супервизија и склучување договори со давателите на услуги, односно болниците и здравствените установи. Министерството за финансии, со својата улога во одредување на државниот буџет на годишно ниво, вклучувајќи ги и средствата за здравство, како и учествувањето заедно со Министерството за здравство во раководењето на Фондот за здравствено осигурување и Министерството за локална самоуправа, со својата цел за зајакнување на улогата на општитните во давањето на примарната здравствена заштита, како и превенцијата и промотивните здравствени активности, претставуваат значајни учесници во системот. Лекарската, стоматолошката и фармацевтската комора се одговорни за издавање лиценци на здравствените работници.⁵

⁴ Дацев Н. (2011) Деловно право, Издание за теорија и практика на правото, Компаративен приказ на уреденоста на здравственото осигурување во неколку земји – членки на ЕУ, Зборник на трудови, 314-322

⁵ Дацев Н. (2011) Деловно право, Издание за теорија и практика на правото, Компаративен приказ на уреденоста на здравственото осигурување во неколку земји – членки на ЕУ, Зборник на трудови, 323-324

Здравствената дејност се врши во Мрежа на здравствени установи и надвор од мрежата на здравствени установи. Во 2012 година од страна на Владата на Република Македонија е донесена Уредба за Мрежата на здравствени установи (Сл. весник на РМ, бр. 81/2012 година). Мрежата на здравствени установи, всушност, е определување на потребниот број здравствени установи на здравствена дејност, односно специјалност кои се обезбедуваат во определени географски подрачја според местото на живеење на корисниците на здравствената заштита, кои треба да се обезбедат во согласност со потребите за здравствена заштита на населението на територијата на Република Македонија.

Република Македонија е надлежна за остварувањето на здравствената заштита во Мрежата на здравствени установи, во која се врши здравствена дејност под услови утврдени со Законот за здравствено осигурување. Здравствената дејност во Мрежата ја вршат јавни и приватни здравствени установи, кои вршат дејност врз основа на лиценца. Здравствената дејност, пак, надвор од Мрежата ја вршат приватни здравствени установи под услови утврдени со Законот за здравствено осигурување и се финансира од здравствените услуги кои пациентите ги плаќаат со лични средства.

Здравствената грижа се дава преку систем на здравствени институции, покривајќи ја територијата на земјата релативно изедначено. Опсегот на здравствените установи се протега од здравствени домови и станици во примарна здравствена заштита и специјалистичко – консултативна здравствена заштита на секундарно ниво, до универзитетски клиники и институти на терцијално ниво. Болничките центри на општинско ниво функционално и законски се поделени на примарна здравствена заштита од една страна и специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита од друга страна.

Главен извор на финансирање на здравствениот систем во Република Македонија е од придонеси од: плати и надоместоците на плати на вработените, пензиите и надоместоците од пензиско и инвалидско осигурување, самовработените лица и средства на други обврзници на придонес, потоа од дополнителен придонес за случај на повреда при работа и професионално заболување, 1% од бруто полисирани премии за задолжително осигурување на

корисници на моторни возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица, од централниот буџет на Република Македонија, од камати и дивиденди, подароци, легати како и од други приходи.

Од осамостојувањето и денес Република Македонија презема бројни активности за спроведување на реформи во здравствената заштита, а сè со цел населението да добие поквалитетни здравствени услуги кои се достапни до целата популација. Во таа насока спроведени се реформи во примарна здравствена заштита приватизирани се целосно општите лекари, стоматолозите и гинеколозите. Исто така, што се односува до плаќањето на здравствени услуги од страна на пациентите, во болничката здравствена заштита е имплементиран системот на плаќање по дијагностичко сродни групи (DGR), во специјалистичко – консултативната здравствена заштита плаќањето на здравствените услуги се врши по пакети на завршени епизоди на лекување по соодветната специјалност. Во примарната здравствена заштита, пак, е воведен системот на капитација.

Владата на Република Македонија, во почетокот на секоја година, донесува превентивни Програми како и Програми за лекување на населението од одредени заболувања, а Министерството за здравство врши мониторинг врз спроведување на истите. Во поглед на информирањето на населението во врска со нивните права од здравствено осигурување како и работењето на ФЗОМ, Фондот секој месец на неговата веб страна донесува Инфо билтен. Фондот, заедно со Министерството за здравство, реализираат проект за воведување на електронска здравствена картичка кој започна во 2010 година, а ќе биде завршен до првата половина на 2014 година. Воведен е Граѓански водич кој е објавен на веб страната на Фондот, чија главна цел е информирање на осигурениците за Мој термин во различните нивоа на здравствена заштита. Фондот за здравствено осигурување е независна институција која во последно време се јавува како купувач на здравствени услуги. Сепак, Министерството за здравство врши мониторинг врз неговата работа преку управниот одбор кој донесува одлуки, а него го бира Владата.

Во ноември 2012 година донесен е Закон за доброволно здравствено осигурување со кој се бришат трите члена од Законот за здравствено

осигурување: 73, 74 и 75, кои го регулираа доброволното здравствено осигурување и тоа за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Иако законот го дозволува, сепак, доброволното здравствено осигурување не е воспоставено во пракса. Се мисли дека бариерите во цените ќе бидат главна причина за оневозможување на пробивот на доброволното здравствено осигурување на пазарот.

6. ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Правото на здравствена заштита е уставна категорија и согласно Уставот на РМ на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита (чл. 39). Здравствената дејност ја вршат здравствени организации (јавни, мешовити и приватни). Со посебен закон се регулирани односите во здравствената сфера. Според овој закон, здравствената заштита е дејност од посебен општествен интерес за државата и граѓаните. Здравствениот систем во РМ се засновува на задолжително и доброволно здравствено осигурување.⁶

Според Законот за здравствено осигурување ФЗОМ, како институција која го спроведува задолжителното здравствено осигурување, на осигурениците им се овозможува добивање на двете основни права што ги определува Законот, а тоа се **правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци**, врз основа на начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење.

6.1. Право на здравствени услуги

Осигуреното лице ги има следните права на здравствени услуги кои произлегуваат од задолжително здравствено осигурување:

- Права од примарна здравствена заштита;
- Права од специјалистичко-консултативна здравствена заштита;
- Право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО);

⁶ Мајхошев А, Беловски В. (2012), Трудово право (Авторизирани предавања), Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, Штип 65-75

- Права од болничка здравствена заштита;
- Право на медицинска рехабилитација;
- Право на протези и други ортопедски помагала;
- Право на користење на здравствени услуги во странство;
- Право на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита;
- Права на парични надоместоци;
- Право на надомест на средства за вградени стандардни материјали;
- Право на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита;
- Право на надомест на трошоци за лекови од листата на лекови.

6.1.1. Право од примарна здравствена заштита

Како што е предвидено во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, во примарна здравствена заштита осигуреникот го остварува првиот контакт со здравствениот систем и има посебно значење како „капија“ на целиот систем.

Поточно, кај избраниот лекар секој осигуреник треба да добие квалитетно следење на неговата здравствена состојба, согледување на ризиците и рано откривање на определените заболувања, што е од огромно значење за превенција и навремено лекување.

Примарната здравствена заштита опфаќа здравствена заштита кај: општ матичен лекар, матичен гинеколог, матичен стоматолог и примарна здравствена заштита во здравствените домови.

Избор на лекар

Осигуреното лице заради користење на примарна здравствена заштита врши избор на лекар во дејност на: општа медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на местото на живеење, односно работа. Како избран лекар се зема лекар вработен во здравствена установа која врши примарна

здравствена заштита каде Фондот обезбедил вршење на такви услуги и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар.

- Во дејноста општа медицина избор на лекар можат да вршат сите осигурени лица;
- Во дејноста медицина на трудот избор на лекар вршат работниците и другите осигурени лица, доколку лекарот од медицина на трудот врши дејност од општа медицина;
- Во дејноста педијатрија, избор на лекар вршат децата до 6, односно до 14 годишна возраст;
- Во дејноста училишна медицина избор на лекар вршат децата од училишна возраст;
- Децата кои се на школување надвор од местото на живеење избираат лекар и во местото на школувањето;
- Во дејноста гинекологија избор на лекар вршат жените над 12 годишна возраст;
- Во дејноста на стоматологијата избор на лекар вршат сите осигурени лица.
- Осигуреното лице може да избере лекар и од дејноста на педијатрија и училишна медицина, ако на тоа подрачје нема лекар од соодветната специјалност или ако осигуреното лице така определи.

Изборот на лекар стоматолог се врши од сите лекари стоматолози кои вршат општа стоматолошка пракса, освен лекарите по орална хирургија, протетика и ортодонција и други специјалисти, кои вршат специјалистичка дејност.

За децата осигурени лица до 14 годишна возраст, изборот на лекар може да го врши родителот, односно старателот.

Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор на лекар на образец ИЛ-1 (Пријава за избор - Промена на лекар).

Изјавата се пополнува во два примероци од кои едниот останува во здравствениот картон на осигуреното лице кај избраниот лекар, а другиот избраниот лекар го доставува до подрачната служба на Фонот за здравствено осигурување, заради евиденција.

Промената на избраниот лекар се врши со пополнување нов образец ИЛ-1, како одјава за избор на лекар и нов образец ИЛ-1, како изјава за избор на лекар.

Промена на избраниот лекар, осигуреното лице може да врши најмногу до два пати во текот на една календарска година

Прегледот кај избраниот лекар е бесплатен.

Осигуреното лице плаќа партиципација само за аплицирана ампуларна терапија кај избраниот лекар.

Осигуреното лице има право на здравствени услуги, со цел за утврдување, следење и проверување на здравствената состојба

Прегледи кој ги врши избраниот лекар се:

- Прегледи по барање на осигуреното лице кои ги врши избраниот лекар според медицински индикации и опфаќаат лекарски физикален преглед, анализа на претходна здравствена состојба;
- Упатување на потребни дијагностички постапки;
- Упатување на специјалистички преглед;
- Дијагностицирање;
- Соодветно лекување и, ако е потребно, упатување на болничко лекување; Пропишување на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ.

Општ матичен лекар

ФЗОМ за општите матични лекари има дефинирано цели што се однесуваат на превентивни активности и мерки за рано откривање на малигни заболувања, превентивни мерки за следење на правилен раст и развој на децата како и систематски прегледи на деца на возраст над 30 дена. Потоа, рационално препишување лекови и рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.

Целите на матичните лекари се по видови и тоа:

- Превентивни активности за рано откривање на кардиоваскуларните заболувања;
- Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на дојка;

- Анемија – превентивни активности за следење на правилен раст и развој;
- Обезитас - превентивни активности за следење на правилен раст и развој;
- Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на простата;
- Деформитети на рбетен столб - превентивни активности за следење правилен раст и развој;
- Астма – превентивни активности за следење на правилен раст и развој;
- Систематски прегледи на деца до 30 дена;
- Дијабетес – рано откривање и превземање превентивни мерки за спречување на истата;
- Нефролошки заболувања – рано откривање;
- Ревматоиден артрит – рано откривање.

Прегледи кај избраниот стоматолог се

- Превенција;
- Лекување и санирање на болестите на устата и забите.

Превентивните прегледи опфаќаат:

- Дијагностика на ризикот за појава на кариес и парадонтопатија;
- Рано откривање на болести на устата и забите;
- Аномалии во развојот на вилиците и забите.

Лекување и санирање на болестите на устата и забите опфаќаат:

- Терапија на кариесот со полнење на предните заби со двокомпонентен композитен материјал и со амалгамски полнења на другите заби, ендодонска терапија со дефинитивно полнење на канали со јододоформ фосфатен цемент;
- Заболување на парадонтот, терапија на меките ткива;
- Устата и плувачките жлезди;
- Вадење на заби.

ФЗОМ, исто така, и за општите матични стоматолози има дефинирано цели што се однесуваат на:

- Контролни превентивни прегледи;
- Контрола на дентален плак и отстранување на меки наслаги на забите;
- Превентивно залевање на фисурите на забите.

Прегледи кои ги врши избраниот гинеколог се:

- Ја следи бременоста и дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата;
- Го води породувањето, кога не е неопходно породувањето да се врши во болнички установи;
- Превзема мерки и активности за рано откривање на заболувањата кај жените меѓу кои спаѓаат и здравствените услуги со ЕХО преглед;

ФЗОМ за општите матични гинеколози има дефинирано цели што се однесуваат на:

- Пап – тест;
- Брисеви за микробиолошки испитувања како превентивни мерки за рано откривање на малигни заболувања;
- Колоскопии по индикација на позитивен Пап – тест како превентивна мерка за рано откривање на малигни заболувања.

Домашно лекување

Домашно лекување осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување или како продолжено болничко лекување во домашни услови во случај на:

- Неподвижни или слабо подвижни болни;
- Хронична болест во фаза на влошување или компликации;
- После сложени оперативни зафати кои бараат превивање и нега на раната;
- Продолжување на болничко лекување по предлог на болничката здравствена установа;
- Кај болни во терминална фаза на болеста⁷.

⁷ Правилник за содржината и начинот на остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр.54/2012

Потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност. Домашното лекување го спроведува избраниот лекар или медицинската сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациона единица за домашно лекување. Доколку избраниот лекар врши домашно лекување, здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

Итна медицинска помош

Како итна медицинска помош се смета давање дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице. Осигуреното лице остварува итна медицинска помош без упат од избраниот лекар, кај најблиската здравствена установа која врши примарна здравствена заштита, односно во здравствена установа која има организирана служба за итна помош, според местото на живеење, односно според местото каде осигуреното лице се затекнало во времето на потребата од итна медицинска помош. Итна медицинска помош се обезбедува и кога осигуреното лице не е во можност да го докаже својството на осигурено лице. Својството на осигурено лице се докажува по престанувањето на итноста.

Патронажна посета

Патронажната посета е давање стручна помош и следење на состојбата по породување на осигурено лице - родилка и на новородено дете со цел за зачувување и унапредување на здравјето на родилката, односно детето, кај кои постои зголемен ризик од појава на болести. Патронажната посета ја спроведуваат медицински сестри од тимот на избраниот лекар - гинеколог.

Превоз со санитетско возило

Санитетско возило може да се користи и кога не се работи за итен случај, а болниот, односно повредениот, поради неподвижност или ограничена подвижност не може да користи превоз со јавниот сообраќај. Потребата за превоз со санитетско возило ја утврдува избраниот лекар, односно надлежниот лекар од

соодветната болничка здравствена установа. Превоз со санитарско возило може да се користи и во случаи кои се однесуваат за лекување во странство, по предлог на лекарската комисија за упатување на лекување во странство, односно надлежниот лекар во болничката здравствена установа во странство.

Користење на лекови

Право на лекови осигуреното лице остварува врз основа на рецепт за препишување на лек. Лекови на рецепт препишува лекар - доктор на медицина, односно стоматологија, кој има статус на избран лекар во примарната здравствена заштита. Осигуреното лице може да оствари право на лекови на товар на средствата на Фондот според Листата на лекови врз основа на рецепт и потврда за платен придонес за здравствено осигурување. За терапија во случај на хронични болести се препишуваат повеќе рецепти за лекови, но на еден рецепт еден лек за терапија најмногу до 30 дена.

6.1.2.Право од специјалистичко - консултативна здравствена заштита

Согласно член 33 од Законот за здравствена заштита, остварувањето на правата од здравствено осигурување во специјалистичко – консултативна здравствена заштита осигурениците ја остваруваат, односно таа опфаќа здравствени услуги и мерки кои заради тежината на болеста, потребата за стручна специјализирана дијагностика и третман не е можно да се вршат на примарно ниво. Нивото на специјалистичко – консултативната здравствена заштита опфаќа: амбулантски прегледи со упат од избран лекар, или друг лекар специјалист, здравствени третмани кои се вршат на секундарно ниво и дејност на дневни болници⁸.

Според член 9 од Законот за здравственото осигурување, основните здравствени услуги во оваа заштита осигурените лица остваруваат:

- Испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;

⁸Закон за здравствена заштита, Службен весник на РМ бр.10/2013

- Спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки;
- Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства според индикации утврдени со општ акт на Фондот за кој министерот за здравство дава согласност⁹.
- Специјалистичко-консултативната здравствена заштита опфаќа специјалистички прегледи, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки според медицински индикации. За потребата од упатување на специјалистичко - консултативна здравствена заштита одлучува избраниот лекар.

Специјалистичко - консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во здравствена установа која врши такви здравствени услуги на подрачјето на Република Македонија, врз основа на упат од избраниот лекар.

Субспецијалистичката здравствена заштита се користи со упат на лекарот специјалист. Упатот важи 30 дена од денот на издавањето, односно до денот на закажаниот преглед, освен во оправдани случаи, кога поинаку е определено со Одлука на Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување.

Ако во здравствената установа во која е упатен има повеќе лекари од иста специјалност, осигуреното лице самостојно може да се определи кај кој лекар специјалист ќе користи здравствена услуга. Осигуреното лице е должно по извршениот специјалистичко - консултативен преглед да се јави кај избраниот лекар веднаш, но најдоцна во рок од три дена. За потребата од упатување во специјалистичко - консултативна здравствена заштита одлучува избраниот лекар. Осигуреното лице има право да избере во која здравствена установа од специјалистичко - консултативна дејност со која Фондот има договор, ќе ја изврши здравствената услуга. За извршената здравствена услуга на осигуреното лице му се наплатува учество (партиципација) во согласност со Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите.

⁹ Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр.65/2012

6.1.3. Право од болничка здравствена заштита

Здравствените услуги во болничката здравствена заштита се остваруваат во јавните здравствени установи: општите болници, клиничките болници, специјалните болници, универзитетските клиники и во приватните болнички здравствени установи.

Болничките здравствени услуги опфаќаат:

- Испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
- Лекови според Листа на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитетски и друг материјал за лекување;
- Сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до триесет дена.

Согласно член 35 од Законот за здравствена заштита болничката здравствена заштита кај одделен пациент се спроведува сè додека здравствениот третман не може да се продолжи во специјалистичко – консултативна здравствена заштита, на секундарно ниво, односно на примарно ниво или дома или, пак, во друга установа. Болничките здравствени услуги се вршат континуирано и со обезбедување целосен здравствен третман на пациентите¹⁰. Основните здравствени услуги што им се пружаат на осигурените лица во примарна, специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита Фондот ги обезбедува на осигурените лица во здравствени установи утврдени со Мрежата на здравствени установи во која се врши здравствена дејност во согласност со

¹⁰ Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр.10/2013

прописите од здравствената заштита во висина на утврдени цени со општ акт на Фондот за кој министерот за здравство дава согласност. Ако постои медицинска индикација за болничко лекување, болничката здравствена установа е должна на осигуреното лице да му обезбеди сместување и лекување во најкраток можен рок, а во итните случаи веднаш. Ако болничката здравствена установа утврди дека болничкото лекување не е неопходно, должна е за тоа да го извести осигуреното лице и избраниот лекар со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување. Кога поради природата на заболувањето не е можно со успех да се спроведе амбулантно или домашно лекување, осигуреното лице се упатува на болничко лекување во најблиската здравствена установа која врши соодветна болничка здравствена заштита. Болничкото лекување се остварува врз основа на упат од избраниот лекар на осигуреното лице. На болничко лекување може да биде примено осигуреното лице и без упат, ако е итен случај, односно ако е упатен од лекар што пружил итна медицинска помош.

Упатот за болничко лекување важи најмногу 30 дена од денот на издавањето од избраниот лекар. Болничката здравствена установа во која е упатено осигуреното лице на лекување при приемот утврдува дали постои медицинска индикација за болничко лекување.

Мајка на хоспитализирано дете до едногодишна возраст има право на сместување и исхрана во болницата како придружник, најмногу до 30 дена. Како придружник на хоспитализирано дете до три годишна возраст, поради потешко оштетување, неопходно е придружување, еден од родителите или член на семејството има право на болничко сместување и исхрана најмногу до 30 дена, заради неџа и оспособување за рехабилитација во домашни услови.

Ако осигуреното лице се наоѓа во болничка установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друга болничка установа, се упатува со интерболнички, односно интерклинички упат.

Според член 53 од Правилникот за содржината и начинот за остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување. Здравствените услуги од специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита осигурените лица ги остваруваат според временскиот редослед кој е утврден во

Листата на чекање донесена од здравствената установа. Листата на чекање не се однесува за итните случаи кај кои е неопходно отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице. Листата на чекање здравствената установа ја утврдува во случај кога е исполнет планот за видот и обемот на здравствените услуги во согласност со договорот со Фондот, планиран за одреден период во текот на годината (тримесечје)¹¹. По завршеното болничко лекување болничката здравствена установа на осигуреното лице му дава отпусно писмо и совет, а на избраниот лекар упатство за понатамошно лекување.

Интерболнички, односно интерклинички упат не може да се издаде кога осигуреното лице се упатува на медицинска рехабилитација.

Осигуреното лице ја потпишува фактурата за извршените здравствени услуги, а болничката здравствена установа е должна да му издаде копија од фактурата што ја доставува до Фондот.

Осигуреното лице е должно со отпусното писмо лично или преку член на семејството да се јави на избраниот лекар веднаш, односно во рок од 5 дена.

Во болничка здравствена заштита осигуреното лице може да оствари: Испитување и лекување на болните и повредените со примена на медицински знаења, вештини, методи и средства за лекување, оперативно лекување, лекување со примена на методи на физикална медицина, медицинска рехабилитација, совети, медицинска нега и прифатени методи на традиционалната медицина во болнички услови, со цел заздравување и подобрување на здравствената состојба; Лекови, помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитетски и други помошни медицински материјали потребни за лекување и сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

6.1.4 Право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

Во 2008 година, Управниот одбор на ФЗОМ донесе Правилник за измени и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување (Службен

¹¹ Правилник за содржината и начинот за остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр. 54/2012

весник на Република Македонија, бр.64/2008 година), каде што со член 58-а и 58-б го доуреди правото на осигурените лица и условите за остварување на правото за биолошко потпомогнато оплодување во согласност со медицинските постапки утврдени со Законот за БПО во здравствени установи кои вршат специјалистичко – консултативна здравствена заштита, акт со кој се утврдени критериумите за склучување договор со здравствени установи, основите за утврдување надоместокот за извршени здравствени услуги и начинот на плаќање на здравствени услуги за БПО. Правото на биолошко потпомогнато оплодување го имаат осигуреничките до трет неуспешен обид на товар на средствата на Фондот за услуги извршени во Здравствени установи каде што Фондот склучил договор со ЗУ за вршење на тие услуги.

6.1.5. Право на медицинска рехабилитација

Медицинската рехабилитација на болните и повредените ги опфаќа постапките на физикалната медицина (масажа, кинезитерапија, електротерапија, хидротерапија, термотерапија, фототерапија, примена на ултразвук, магнетотерапија, ласеро терапија), оспособување со стручна работа и со примена на ортотски средства, со цел за спречување на настанување или отстранување на намалена работна или функционална способност на осигуреното лице. Медицинската рехабилитација се спроведува во амбулантно поликлинички услови, во рамките на болничко лекување и во специјализирани здравствени установи. Осигуреното лице остварува право на медицинска рехабилитација, по правило во амбулантски услови во најблиската здравствена установа која врши дејност медицинска рехабилитација, со упат на избраниот лекар, по предлог на лекар специјалист од соодветна специјалност. Осигуреното лице може да оствари право на медицинска рехабилитација во болнички установи кои вршат медицинска рехабилитација и во Заводот за медицинска рехабилитација - Скопје, освен во специјални болници, со упат на избраниот лекар, по предлог на лекар специјалист од соодветната специјалност и мислење и оценка на лекарска комисија на Фондот. Осигуреното лице може да оствари

право на специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување непосредно по акутно заболување, состојба и повреда, или кога заради влошување на хроничната болест се наоѓал на болничко лекување, а е започната рехабилитација и кога понатаму постојат функционалните пречки за чие отстранување е неопходно да се продолжи лекувањето и рехабилитацијата во специјална болница за специјализирана медицинска рехабилитација, ако во здравствената установа тоа не е можно. Правото на специјализирана медицинска рехабилитација може да се оствари во рок од еден месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од три месеци по прележан инфаркт на срцето. Правото на специјализирана медицинска рехабилитација може да се остварува со решение на Фондот, врз основа на поднесено барање (образец МР1, специјализирана медицинска рехабилитација) со следната документација во прилог:

- Отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа каде е извршено болничкото лекување;
- Конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се лекувало осигуреното лице,наод;
- Оценка и мислење на лекарска комисија и здравствена легитимација на увид.

Специјализираната медицинска рехабилитација може да трае најмногу 21 ден, односно 30 дена за одредени заболувања и возраст на осигурениците предвидени во Законот за за здравствено осигурување.

6.1.6. Право на протези и други ортопедски помагала

Осигуреното лице остварува право на протези, ортопедски и други помагала,помошни и санитетски справи и материјали и заботехничкисредства

Правото на протези, ортопедски и други помагла го остварува врз основа на потврда за потреба од ортопедското помагало, што ја издава лекар специјалист од соодветната специјалност. За останати помагала и санитарни справи осигуреното лице правото го остварува врз основа на потврда издадена од избраниот лекар на предлог од лекар специјалист од соодветната

специјалност.Осигуреното лице има право на едно помагало од ист вид за одредена индикација. На една потврда за потребата од ортопедско помагало на осигуреното лице може да му се препише само еден вид помагало за одредена индикација, во потребните количини утврдени во Списокот на ортопедските помагала. Потврдите за ортопедското помагало ги заверува подрачната служба на Фондот според местото на осигурување на осигуреното лице.За ортопедските и другите помагала, односно за миоелектронска протеза, инвалидска количка на електромоторен погон, пелени, уростоми, колостоми и др., потврдата за потребата од ортопедско помагало се заверува по претходно прибавено мислење од Првостепената лекарска комисија на Фондот. Осигуреното лице, врз основа на заверена потврда за потребата од ортопедско помагало, одобреното помагало го превзема од правното лице кое изработува или набавува ортопедски помагала, со кое Фондот за здравствено осигурување има склучено договор.

6.1.7. Право на користење на здравствени услуги во странство

Во согласност со Законот за здравствено осигурување и Правилникот за користење на здравствени услуги во странство, осигуреното лице има право на лекување во странство кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во Републиката, кога е упатен на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство . Осигуреното лице може да оствари болничко лекување во странство во случаи кога е во прашање заболување кое не може да се лекува во Републиката, а во земјата во која се упатува постои можност за успешно лекување во таа земја. Постапката за упатување на лекување во странство се поведува по барање на осигуреното лице. За малолетните лица и лицата лишени од деловна способност, барањето го поднесува родителот, посвоителот или старателот. Барањето се поднесува до Фондот за здравствено осигурување на Р.Македонија преку Подрачната служба во местото каде подносителот на барањето е пријавен во задолжително здравствено осигурување.Осигуреното лице кон барањето (Образец Л1-

лекување во странство - болничко лекување) треба да ги приложи следните документи:

- Предлог за упатување на лекување во странство од соодветната клиника;
- Медицинска документација за текот на лекувањето;
- Здравствена легитимација на увид;
- Профактура од странската здравствена установа;
- Решение од Министерство за труд и социјална политика - Центар за социјални работи, доколку осигуреното лице има својство на дете со посебни потреби

Предлогот за упатување на лекување во странство го дава конзилиум од најмалку тројца лекари и директорот на соодветната клиника и важи три месеци од денот на издавањето. Врз основа на предлогот за упатување на лекување во странство и приложената медицинска и друга потребна документација за текот на лекувањето во здравствените установи во Републиката, односно соодветната клиника при Клинички центар - Скопје, согласност за прием на лекување во странската здравствена установа со предлог за начинот на лекување и назначување на термин за лекувањето и профактура од странската здравствена установа, оценка и мислење за потребата од лекување во странство, дава Првостепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот. По добиената согласност од странската здравствена установа за прифаќање на лекувањето во која е одреден термин за прием на лекување и по добиена оценка и мислење на Првостепената лекарска комисија, осигуреното лице врши уплата во износ од 20% учество од доставената профактура на странската здравствена установа, за лекување во странство. Фондот донесува решение за упатување на лекување во странство по оценката и мислењето од Првостепената лекарска комисија и извршената уплата на 20% учество од доставената профактура на странската здравствена установа, за лекување во странство.

Од уплата на учество од 20% во вкупните трошоци се ослободуваат деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита. Својството на дете

со посебни потреби осигуреното лице го докажува со решение од надлежниот Центар за социјална работа при Министерството за труд и социјална политика.

Против решението на Фондот, осигуреното лице има право на жалба во рок од 15 дена до Второстепената комисија за уплатување на лекување во странство при Министерство за здравство. Фондот врши уплата на средствата за лекување во странство на странската здравствена установа за осигуреното лице кое е упатено со решение од Фондот, по закажан термин на лекување во странската здравствена установа.

За давање на поквалитетни здравствени услуги во болничка здравствена заштита во текот на 2011 година, Фондот за здравствено осигурување на Македонија направи измена во Правилникот за лекување во странство и склучи Рамковни договори со Приватните здравствени установи. Овие активности значат дека пред одобрување на едно лекување во странство, доколку истата здравствена услуга може да се обезбеди во Приватните здравствени установи и доколку тие имаат потпишано Рамковен договор за лекување на пациенти кои инаку би се лекувале во странство, здравствената услуга може да им се понуди прво ним пред пациентот да се упати на лекување надвор од земјата. Обезбедување на овие здравствени услуги во земјата значи дополнителни средства за домашните Здравствени установи, намалување на девизниот одлив по тој основ и, што е најважно, обезбедување услуги за осигурениците во рамките на државата без да мораат да патуваат во странство.

Здравствени услуги на осигурениците кои се упатени на привремена работа во странство

Осигуреникот кој е упатен на привремена работа во странство може да користи здравствени услуги во странство, врз основа на потврда за користење здравствени услуги во странство на осигурениците упатени на привремена работа во странство што ја издава Подрачната служба на Фондот, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Постапката за издавање на потврдата се поведува по барање од

правното, физичкото лице и државните органи, односно работодавецот. Кон барањето (образец бр.2 Лекување во странство) работодавецот ги поднесува следните документи:

- Решение за уплатување на осигуреникот на привремена работа во странство,
- Согласност за уплатување на работници во странство издадена од органот на управата надлежен за работни односи,
- Лекарско мислење за здравствената состојба на осигуреникот издадено од здравствената установа која врши дејност медицина на трудот, потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување и здравствена легитимација на увид

По завршувањето на привремената работа во странство, работодавецот го известува Фондот за престанокот на привремената работа во странство.

Привремен престој во странство во земји со кои има договор за социјално осигурување

Осигурените лица кои привремено престојуваат (привано или службено, студиски престој, школување и стручно усовршување, престој во врска со меѓународна техничка, научна и културна соработка и сл.), во земји со кои Република Македонија има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, можат да користат бесплатна итна медицинска помош, врз основа на потврда што ја издава подрачната служба на Фондот, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување. Постапката за издавање на потврдата се поднесува по барање на осигуреното лице. Кон барањето осигуреното лице ги приложува следните документи:

- Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар;
 - Наод, оценка и мислење на лекарската комисија на Фондот.
- Потврдата не се издава на осигурени лица за кои е утврдено дека боледуваат од акутни болести или акутни влошувања кај хронични болести.

Користење на итна медицинска помош во земји со кои нема договор за социјално осигурување или истиот не бил испочитуван

Осигуреното лице кое привремено престојува во странство (приватно или службено патување, студиски престој, школување и стручно усовршување, престој во врска со меѓународна техничка, научна и културна соработка и слично), може да користи само итна медицинска помош. Како итна медицинска помош се смета користење на здравствени услуги кои се неопходни за отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице, додека трае таа опасност. Итноста на случајот, времетраењето на итноста и здравствените услуги потребни за отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице ја цени лекарската комисија на Фондот врз основа на медицинската документација на странската здравствена установа. Осигуреното лице кое користи здравствена заштита во итен случај е должно по завршувањето на итноста да се врати за да го продолжи лекувањето во земјата. Ако по завршувањето на итноста осигуреното лице не се врати навреме во земјата и го продолжи лекувањето во странство, за тој период трошоците паѓаат на негов товар. Надомест на трошоците за платените здравствени услуги во итни случаи за време на привремен престој во странство, осигуреното лице остварува врз основа на барање. Кон барањето (образец ЛЗ лекување во странство) осигуреното лице ги приложува следните документи:

- Мислење од лекарката комисија на Фондот за итноста на случајот и времетраењето на итноста;
- Медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство со превод од овластен преведувач;
- Сметки (фактури) за платени здравствени услуги со фискална сметка со превод од овластен преведувач;
- Копија од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциска сметка на барателот.

Здравствените услуги Фондот ги признава во полн износ, намалени за пропишаното учество за лекување во странство.

6.2. Права на парични надоместоци

6.2.1. Надоместок на плата

Осигуреното лице има право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во работен однос осигурени лица од член 5 став 1 точките 1, 2 и 3 од Законот за здравствено осигурување. Осигурениците можат да остварат право на надоместок на плата ако се исполнети следните услови за остварување на правото на надоместок на плата во согласност со законските прописи и тоа:

1. Ако здравственото осигурување по основ на работен однос траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на случајот, поради кое се стекнува правото;
2. Придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмногу 60 дена и
3. Оценката за привремена спреченост од работа да ја дал избраниот лекар односно лекарската комисија на Фондот.

Според Законот за здравствено осигурување, правото на надоместок на плата на товар на Фондот се остварува врз основа на поднесено барање за привремена спреченост за работа поради болест и повреда, односно барање за привремена спреченост за работа поради бременост и раѓање¹². Кон барањето (образец Н1 Надоместок на плата - болест/повреда/нега), за надоместок на плата поради болест и повреда, се поднесуваат следните документи:

¹² Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр. 65/2012

- Извештај за привремена спреченост за работа - ИСП од избран лекар;
- Наод,оценка и мислење од лекарска комисија;
- Отпусно писмо за болничко лекување;
- Изјава заверена кај нотар за жиро-сметките на правното лице и копија од изводи на жиро-сметки (за правно лице со еден вработен) и
- Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трнасакциската сметка.

За правото на надомест на средства поради отсуство од работа за време на бременост, раѓање и мајчинство во еден дел од Трудово Право, – Авторизирани предавања од Мајхошев А. и Беловски.В (2012), акцент е ставено на тоа право во смисла на заштитата на жената работничка. Едно од основните права на посебната заштита на жената-работничка, е **правото на заштита за време на бременост, раѓање и мајчинство**. МОТ за заштита на жената за време на бременост, раѓање и мајчинство има донесено повеќе конвенции и препораки. Ќе ги споменеме Конвенцијата бр. 3 од 1919 г., која се однесува на вработување на жената пред и по породувањето и Конвенцијата бр. 103 од 1952 г., за заштита на мајчинството. Истата година донесена е Препораката бр. 95 за заштита на мајчинството.

Согласно ЗРО на РМ (Сл. Весник на РМ 62/05), работничката има право на отсуство (породилно боледување) од работа во траење од 9 месеци непрекинато, а ако роди повеќе деца (близнаци, тројка итн), тогаш таа има право на отсуство од работа 1 година непрекинато. Работничката може породилното отсуство да почне да го користи 45 дена пред породувањето, ако за тоа постои потреба, што се утврдува со наод на надлежен здравствен орган, а задолжително 28 дена пред породувањето при што овие денови се пресметуваат во вкупното траење на породилното отсуство. Право на породилно отсуство има и работничката која посвоила дете до неговото наполнување возраст од 9 месеци, а доколку посвоила 2 или повеќе деца таа има право отсуство од работа 1 година (чл. 165 од ЗРО).

Работничка која користи отсуство поради бременост, раѓање и

родителство, ако сака може да се врати на работа и пред истекот на отсуството. Во тој случај, работничката освен правото на плата, има право и на надоместок на плата за породилно отсуство во висина од 50% од утврдениот износ на надоместокот за породилно отсуство согласно прописите за здравствена заштита. По завршувањето на породилното отсуство работникот има право да се врати на истото работно време, или доколку тоа е невозможно, на соодветно работно место според условите од договорот за вработување.

Во случај кога работничката ќе роди мртво дете, или детето умре пред истекот на предвиденото отсуство поради бременост, раѓање и родителство, таа има право да продолжи да го користи породилното отсуство за толку време колку што според наодот на лекар е потребно да закрепне од раѓањето и од психичката состојба предизвикана со губењето на детето. Продолжувањето на користењето на породилното отсуство во овие случаи изнесува најмалку 45 дена, при што за време на користење на ова отсуство, работничката има право на надомест на плата според прописите на здравствената заштита.¹³

Во согласност со Законот за здравствено осигурување осигуреничките во работен однос имаат право на надоместок за отсуство од работа поради бременост, породување и мајчинство. Карактеристично за овој надоместок е тоа што од календарската 2012 година тој е на товар на Министерството за труд и социјална политика, но неговото администрирање, како и претходно, го врши Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Кон барањето (образец Н2 Надоместок на плата - бременост и раѓање) за надоместок на плата поради бременост и раѓање, се поднесуваат следните документи:

- Извештај за привремена спреченост за работа - образец - ИСР од избран лекар;
- Извод од книгата на родените за детето (копија);
- Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете;

¹³ Мајхошев А. Беловски.В (2012),Трудово право (Авторизирани предавања) . Универзитет Гоце Делчев – Штип, Штип, 188стр

- Изјава заверена кај нотар за жиро-сметките на правното лице и копија од изводи на жиро-сметки (за правно лице со еден вработен) и
- Копија од потписен картон на трансакциска сметката на барателот.

Исплата на надоместокот на плата за првите 30 дена спреченост за работа го утврдува и исплатува работодавецот од своите средства. Надоместокот на плата над 30 дена е на товар на средствата на задолжителното здравствено осигурување и го утврдува и исплатува Фондот за здравствено осигурување. Од првиот ден на спреченост за работа, надоместокот на плата се исплатува од средствата на Фондот, ако се работи за неа на болно дете до тригодишна возраст, доброволно давање на крв, ткиво или орган и во случај на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство. Висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа поради повреда на работа и професионално заболување, за време на давање на ткиво, крв или орган, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство изнесува 100% од основицата на надоместокот на плата. Во сите останати случаи надоместокот на плата на товар на средствата на Фондот изнесува 70% од утврдената основица, а за малигни заболувања 85%.

6.2.2. Надоместок на патни трошоци

Законот за здравствено осигурување како и Правилникот за содржината и начинот за користење на правата од здравствено осигурување предвидуваат право на надомест (рефундација на средства) на патни трошоци во случај на користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот и говорот кои се извршени во здравствени установи надвор од местото на живеење на осигуреникот. Осигуреното лице може да оствари право на патни трошоци во следните случаи: ако е упатено да користи здравствени услуги во врска со дијализа или вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење. Правото на надомест на патните трошоци на товар на Фондот се остварува со поднесување на барање (образец РЗ Патни

трошоци) од осигуреното лице кон кое се приложува следната документација:

- Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот календарски месец издадена од здравствената установа каде се извршени здравствените услуги;
- Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз и
- Здравствена легитимација на увид.

6.2.3. Право на надоместок на средства за вградени стандардни материјали

Правото на надомест на трошоците за купени материјали кои се вградуваат во болничка здравствена заштита осигуреното лице го остварува со поднесување на барање (образец Р1 Надомест на вградени стандардни материјали), комплетирано со следните документи:

- Отпусно писмо (копија);
- Фискална сметка или фактура во оригинал со доказ за плаќање за набавениот материјал и
- Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

6.2.4. Право на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита

Правото на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита осигуреното лице го остварува со поднесување на барање (образец П1 Ослободување од партиципација), комплетирано со следните документи:

- Потврда за платен износ на партиципација во здравствената установа;
- Отпусно писмо;
- Спецификација (пресметка) за извршени здравствени услуги од

соодветната здравствена установа;

- Доказ за вкупните примања во семејството на осигуреникот (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
- Извод на родени за деца од 1-5 години (копија) на увид;
- Лична карта за осигуреници над 65 години (копија) на увид и
- Здравствена легитимација на увид.

Покрај ослободување од партиципација по достигнување на годишен лимит, во законската регулатива се предвидени ослободување од партиципација за одредени услуги и лица и тоа:

- Осигурени лица за лекарски преглед кај избран лекар и итна медицинска помош по повик;
- Корисници на постојана парична помош, лица сместени во установи за социјална заштита и во други семејства според прописите на социјална заштита, освен за лекови од Листата на лекови издадени на рецепт во примарна здравствена заштита и за лекување во странство;
- Душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа;
- Деца со посебни потреби според прописите за социјална заштита;
- По Програми на Министерството за здравство (крводарители, деца до 1 годишна возраст);
- Борците на НОБ;
- Воени инвалиди и нивните семејства.

6.2.5.Право на надоместок на средства за лекови од Позитивна листа на лекови

За да се оствари правото на надомест – рефундација на средства за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ во кратки црти ќе објасниме како се формираат цените на лекови, што е Листа на лекови, кој ја донесува, како и начинот на кој се обезбедуваат лековите за чие набавување со сопствени средства осигурениците можат да поднесат барање

за нивна рефундација, односно повраток. Фондот, исто така, врши надомест на средства за набавени лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ, а кои се набавени од странство, на кои стои ознаката CPJ (сите регистрирани јачини), само во случај кога лекот има одобрение за промет во Република Македонија, не е набавен во странство по цена пониска од референтната цена на ФЗОМ. Начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот се утврдуваат со Уредба што ја донесува Владата на Република Македонија на предлог на Министерството за здравство, а по претходно добиено мислење од Фондот. Согласно член 9-а од Законот за здравствено осигурување, Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот ја утврдуваат 14 стручни комисии, формирани од Владата на Република Македонија, во согласност со меѓународната АТЦ класификација на лековите)¹⁴. Според член 107 од Законот за лекови и медицински помагала, цените на лековите се формираат слободно, освен за лековите што се издаваат на рецепт и лековите што се на листа на есенцијални лекови. Лековите што се издаваат на рецепт и лековите што се на листа на есенцијални лекови, можат да бидат во промет ако имаат формирана цена во согласност со Законот за лекови и медицински помагала¹⁵. Во согласност со Законот за здравствено осигурување на Македонија во основни здравствени услуги кои ги обезбедува Фондот за здравствено осигурување на Македонија спаѓаат и лековите од Листата на лекови за примарна и болничка здравствена заштита.

Лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ за примарна здравствена заштита кои имаат утврдено референтна цена се издаваат на рецепт за осигурениците и се обезбедуваат преку ПЗУ аптеките со кои фондот има склучено договор. Снабдувањето со лекови на товар на Фондот во здравствените установи на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита се врши директно од страна на здравствените установи или

¹⁴ Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр.65/2012

¹⁵ Законот за лекови и медицински помагала, Службен весник на РМ бр.106/2007

Министерството за здравство на Република Македонија преку постапка за јавни набавки. Фондот, во согласност со Законот за здравствено осигурување, е купувач на здравствените услуги во кои се вклучени и лековите. Обезбедувањето на осигурените лица со лекови на рецепт од Листата на лекови кои паѓаат товар на Фондот во примарна здравствена заштита се врши организирано преку здравствените установи ПЗУ Аптеки со кои Фондот има склучено договор. Преку ПЗУ Аптеките се обезбедува целокупниот асортиман на лекови од Листата на лекови со утврдена референтна цена, според потребите на осигурените лица и утврдените средства, а дистрибуцијата на лековите се врши од страна на добавувачите на лековите со кои ПЗУ Аптеките имаат договор. Фондот склучува договор со сите ПЗУ Аптеки кои покажале интерес и доставиле документација во согласност со критериумите и законските прописи. На тој начин Фондот обезбедува подобра здравствена услуга во примарна здравствена заштита и значително подобрување на територијалната покриеност и достапност на лекови на осигурениците, а со тоа и подобра можност за остварување на правата на осигурените лица за обезбедување на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ за Примарна здравствена заштита.

7. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

7.1. Движење на надоместокот на лекови на ниво на Република Македонија и на Општина Берово

Осигуреното лице има право на рефундација на средства во согласност со законската и подзаконската регулатива, доколку од здравствената установа не добие конкретна здравствена услуга и поради тоа обезбедило лекови и материјали на сопствен товар надвор од установата.

ДВИЖЕЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ ЗА ЛЕКОВИ НА НИВО НА РМ ЗА 2008 ГОД.

При користење на здравствените услуги осигурените лица имаат право на лекови според Листата на лекови врз основа на рецепт во примарната

здравствена заштита. Доколку осигуреното лице не може да го набави лекот во аптеките со кои Фондот има склучено договор, истиот може да го набави со сопствени средства во други аптеки, а до Фондот поднесува барање за рефундација на средствата

Според Годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2008 година, од осигурените лица се поднесени вкупно 42.359 барања до Фондот за рефундација на средства за лекови, а во 2007 година биле поднесени 77.975 барања. Во 2008 година е намален бројот на барањата за рефундација на средства за лекови за 35.616 барања или за 84,08%¹⁶.

ДВИЖЕЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ ЗА ЛЕКОВИ ЗА 2009 ГОДИНА

Според Годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2009 година, во септември 2009 година започна проектот за одредување на нови референтни цени на лековите од примарна здравствена заштита кои што се наоѓаат на Позитивната листа на лекови. Тоа е новина на која Фондот продолжи да работи и во 2010 година, а сè со цел граѓаните да добијат повеќе лекови без доплата или лекови со минимална доплата. При тоа, по примерот на многу земји, утврди Методологија за дефинирање на референтните цени на лековите на Позитивната листа користејќи споредбено големопродажни цени од четири земји (Словенија, Хрватска, Србија и Бугарија). Во 2009 година од осигурените лица се поднесени вкупно 29.925 барања до Фондот, а во 2008 година биле поднесени вкупно 42.359 барања. Од ова произлегува дека во 2009 година е опаднат бројот на поднесени барања за рефундација на средства за лекови за 12.434 барања или изразено во проценти за 84,08%¹⁷.

ДВИЖЕЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ НА ЛЕКОВИ ЗА 2010 ГОДИНА

¹⁶ Фонд за здравствено осигурување на Македонија,(2013),Годишен извештај од работењето на ФЗОМ за 2008 година, Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;

¹⁷ Фонд за здравствено осигурување на Македонија,(2013),Годишен извештај од работењето на ФЗОМ за 2009 година, Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;

Според Годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2010 година, во 2010 година донесени се нови референтни цени на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ од Примарната листа на лекови. Од септември истата година осигурениците можат да користат 240 лекови без доплата на рецепт. Со тоа драстично се намалува поднесување на барања во управна постапка за рефундација - надоместок на средства за набавени лекови. Исто така, оваа година продолжи и втората фаза од Методологијата за референтни цени – референтни цени од Болничка листа на лекови¹⁸.

ДВИЖЕЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ НА ЛЕКОВИ ЗА 2011 ГОДИНА

Од Годишниот извештај за работењето на ФЗОМ ВО 2011 година, може да се заклучи дека во текот на оваа година вршени се рефундации за набавени лекови. При тоа, бројот на поднесени барања е значително намален за околу 40% во однос на 2010 година. Намалувањето е резултат на мерките што почнаа да се преземаат од 2010 година, со што износот што е рефундиран на осигуреникот им се намалува на установите. На овој начин, во корист на осигурениците постојано се минимизираат случаите кога пациентите се праќаат сами да ги набавуваат лековите што здравствената установа треба постојано да ги има за да може да дава комплетна и квалитетна здравствена услуга¹⁹.

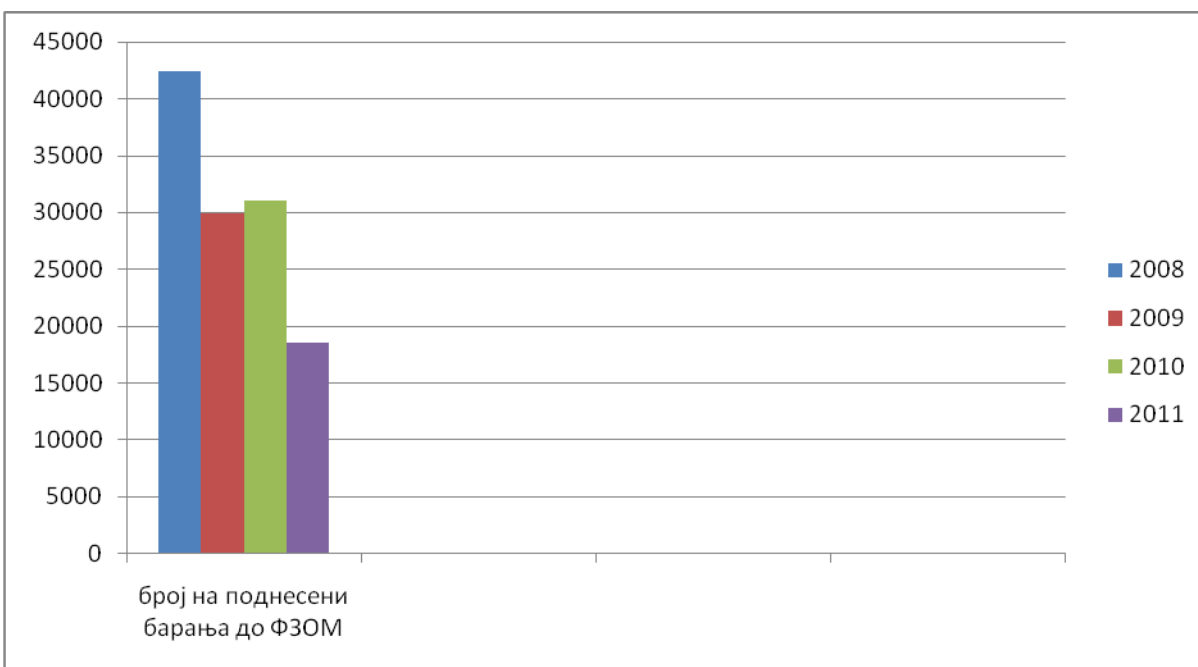
Од Табела 1 графички приказ може да се заклучи дека бројот на поднесени барања за надомест на средства за лекови кои се на Позитивна листа на лекови, а кои осигурениците ги набавиле со сопствени средства, за период 2008 – 2011 година, од година во година се намалува со значителен процент, кое нешто се должи на проширување на Позитивната листа со лекови, само во 2010 година имаме зголемување на поднесени барања, кое се должи на Одлуката на Уставен суд, со која е укинат чл.10 ст.1 т.8 од ЗЗО.

¹⁸ Фонд за здравствено осигурување на Македонија,(2013),Годишен извештај од работењето на ФЗОМ за 2010 година, Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;

¹⁹ Фонд за здравствено осигурување на Македонија,(2013),Годишен извештај од работењето на ФЗОМ за 2011 година, Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;

Табела 1: Преглед на поднесени барања до ФЗОМ по години

Table 1: Review of the submitted requests to the FHIM



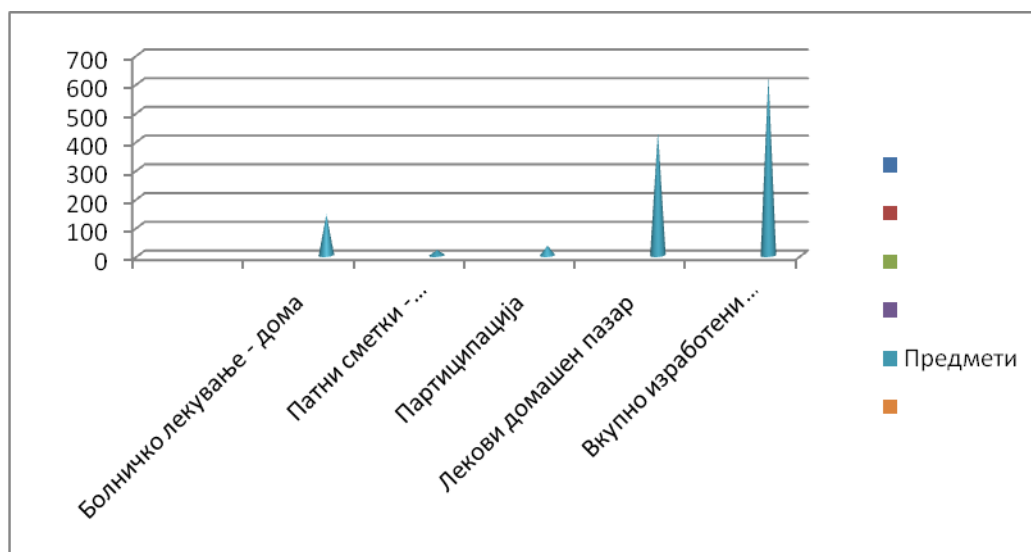
Движење на надоместокот на лекови во подрачна служба - Берово за период 2008 – 2011 година

Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2008 година

Табела 2: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2008 година

Table 2: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2008

Тип на повраток				Предмети	
Болничко лекување - дома				143	
Патни сметки - слух, говор, вид				18	
Партиципација				33	
Лекови домашен пазар				431	
Вкупно изработени предмети				625	



Од табелата 2 и графичкиот приказ може да се заклучи дека во Подрачната служба - Берово во 2008 година има поднесено вкупно 625 барања

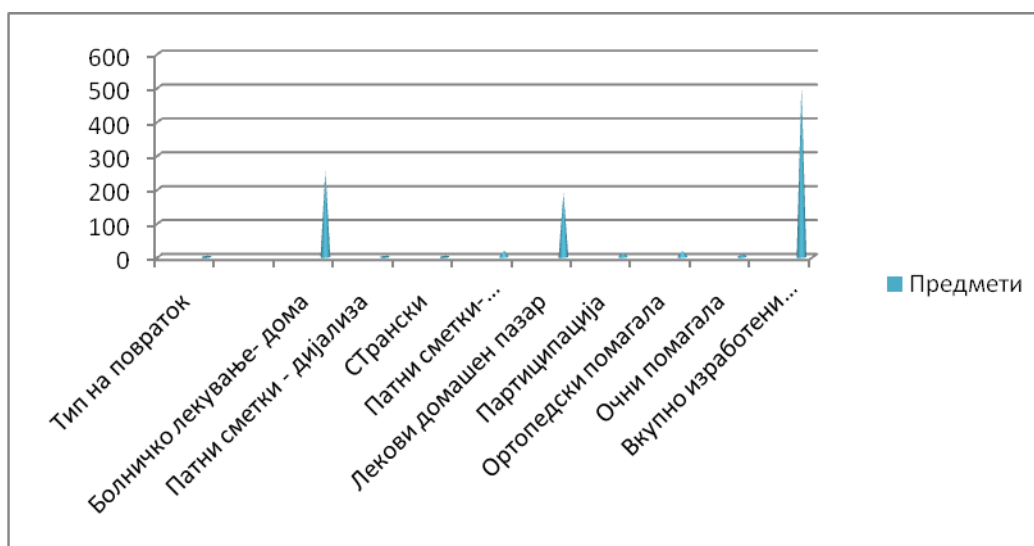
од осигурените лица за остварување на нивните права од здравствено осигурување во делот на правата на надоместоци и тоа: за надомест (рефундација на средства) за лекови на рецепт од позитивната болничка листа вкупно 143 барања, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствени установи надвор од местото на живеење на осигуреникот до 7 годишна возраст. Вкупно 18. За правото за ослободување од учество во натамошно лекување во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита за 2008 година поднесени се вкупно 33 барања за повраток на повеќе платена партиципација за календарската година. За надомест (рефундација на средства за лекови на рецепт во примарна здравствена заштита поднесени се вкупно 431 барање. Од гореизнесеното може да се утврди дека најголем број, односно дел од барањата поднесени во 2008 година во Подрачната служба – Берово отпаѓаат на барањата за надомест (рефундација на средства) лекови.

Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2009 год

Табела 3: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2009 година

Table 3: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2009

Тип на повраток	Предмети
Болничко лекување - дома	254
Патни сметки - дијализа	2
Странски	1
Патни сметки-слух, говор, вид	18
Лекови домашен пазар	189
Партиципација	12
Ортопедски помагала	18
Очни помагала	9
Вкупно изработени предмети	503



Од табелата 3 и графичкиот приказ може да се заклучи дека во Подрачната служба - Берово во 2009 година има поднесено вкупно 503 барања од осигурените лица за остварување на нивните права од здравствено осигурување во делот на правата на надоместоци и тоа: за надомест (рефундација на средства) за лекови на рецепт од позитивната болничка листа вкупно 254 барања, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа 2, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствени установи надвор од местото на живеење на осигуреникот до 7 годишна возраст вкупно 18, за надомест (рефундација на средства) за извршени здравствени услуги во странство според прописите за лекување во странство 1. За правото за ослободување од учество во натамошно лекување во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита за 2009 година поднесени се вкупно 12 барање за повраток на повеќе платена партиципација за календарската година. За надомест (рефундација на средства за лекови на рецепт во примарна здравствена заштита поднесени се вкупно 189 барања. Исто така, оваа година поднесени се и 18 барања за надомест (рефундација на средства) кои што осигурењниците ги потрошиле за набавка на ортопедски помагала. Поднесени се и 9 барања за надомест на средства потрошени за набавка со сопствени средства од страна на осигурениците и за очни помагала кои се во списокот на ортопедски и други помагала кои паѓаат на товар на Фондот.

Од табелата се гледа дека рапидно се намалил бројот на поднесени барања за надомест на средства за набавка на лекови од позитивна листа во однос на 2008 година, односно бројот на барањата е 189, а во 2008 година тој изнесуваше 431 барање. Ова намалување на поднесени барања за надомест на лекови во ПС – Берово се должи на отпочнување на проектот за одредување на нови референтни цени на лековите од примарна здравствена заштита кои што се наоѓаат на Позитивната листа на лекови. Тоа е новина на која Фондот

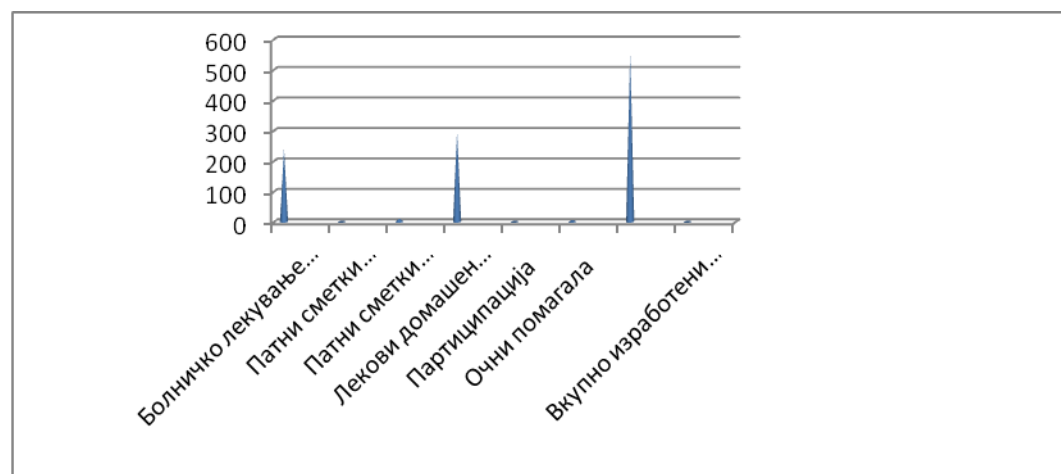
продолжи да работи и во 2010 година, а сè со цел граѓаните да добијат повеќе лекови без доплата или лекови со минимална доплата.

Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2010 год

Табела 4: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2010 година

Table 4: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2010

				предмети
Болничко лекување дома				239
Патни сметки - дијализа				1
Патни сметки - слух, говор, вид				11
Лекови	домашен пазар			296
Партиципација				1
Очни помагала				6
Вкупно изработени предмети				554



Од табелата 4 и графичкиот приказ може да се заклучи дека во Подрачната служба - Берово во 2010 година има поднесено вкупно 554 барања од осигурените лица за остварување на нивните права од здравствено осигурување во делот на правата на надоместоци и тоа: за надомест (рефундација на средства) болничко лекување дома вкупно 239 барања, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа 1, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствени установи надвор од местото на живеење на осигуреникот до 7 годишна возраст вкупно 11. За правото за ослободување од учество во натамошно лекување во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита за 2010 година поднесени се вкупно 1 барање за повраток на повеќе платена партиципација за календарската година. За надомест (рефундација на средства за лекови на рецепт во примарна здравствена заштита поднесени се вкупно 296 барања. Исто така, оваа година поднесени се и 18 барања за надомест (рефундација на средства) кои што осигурениците ги потрошиле за набавка на ортопедски помагала. Поднесени се и 6 барања за надомест на средства потрошени за набавка со сопствени средства од страна на осигурениците и за очни помагала кои се во списокот на ортопедски и други помагала кои паѓаат на товар на Фондот.

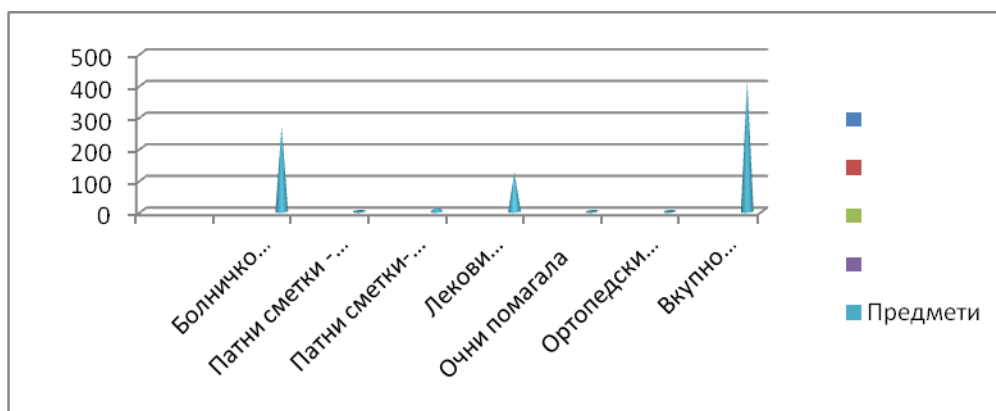
Од горе изнесено може да се констатира дека најголем број, односно дел од барањата поднесени во 2010 година во Подрачната служба – Берово отпаѓаат на барањата за надомест (рефундација на средства) лекови. Тоа се должи на Одлуката У. бр.185 и 109/2009 година од 27.10.2010 година, со која се укинува Член 10 ст.1 точка 8 од Законот за здравствено осигурување, имаше двомесечен период кога масивно се зголемија рефундациите.

Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2011 год

Табела 5: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2011 година

Table 5: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2011

Тип на повраток				Предмети
Болничко лекување - дома				269
Патни сметки - дијализа				2
Патни сметки- слух, говор, вид				14
Лекови домашен пазар				124
Очни помагала				3
Ортопедски помагала				1
Вкупно изработени предмети				413



Од табелата 5 и графичкиот приказ може да се заклучи дека во Подрачната служба - Берово во 2011 година има поднесено вкупно 413 барања од осигурените лица за остварување на нивните права од здравствено

осигурување во делот на правата на надоместоци и тоа: за надомест (рефундација на средства) за болничко лекување дома вкупно 269 барања, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа 2, за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци за користење на здравствени услуги за вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствени установи надвор од местото на живеење на осигуреникот до 7 годишна возраст вкупно 14. За надомест (рефундација на средства) за лекови на рецепт во примарна здравствена заштита поднесени се вкупно 124 барања. Исто така, оваа година поднесени се и 1 барања за надомест (рефундација на средства) кои што осигурениците ги потрошиле за набавка на ортопедски помагала. Поднесени се и 3 барања за надомест на средства потрошени за набавка со сопствени средства од страна на осигурениците и за очни помагала кои се во списокот на ортопедски и други помагала кои паѓаат на товар на Фондот.

Од гореизнесено се утврди дека најголем број, односно дел од барањата поднесени во 2011 година во Подрачната служба – Берово отпаѓаат на барањата за надомест (рефундација на средства) за болничко лекување – дома. Исто така, може да се заклучи дека бројот на поднесени барања за повраток на средства за лекови од Позитивната листа на лекови се намалил на 124. Намалувањето е резултат на мерките што почнаа да се преземаат од 2010 година, со што износот што е рефундиран на осигуреникот им се намалува на установите. На овој начин, во корист на осигурениците, постојано се минимизираат случаите кога пациентите се праќаат сами да ги набавуваат лековите што здравствената установа треба постојано да ги има за да може да дава комплетна и квалитетна здравствена услуга.

7.2. Анкета на населението од задоволството од проширувањето на Позитивната листа на лекови

Со анкетата во општина Берово беа опфатени вкупно 925 испитаника што претставува 10% од домаќинствата во општината (233 домаќинства од

градот и 230 од населените места) кои, според пописот од 2002 година, се 4715, со просечен број на членови 2.96, додека бројот на жители според истиот извор е 13941. Бројот на домаќинствата за секое населено место беше повторно 10% од вкупниот број, додека од секое домаќинство, избрано по случаен избор, се анкетираа една машка и една женска личност, најчесто главата на семејството. Бројот на домаќинства и испитаници беше следен:

465 испитаника од Берово од избрани 233 домаќинства (232 машки и 233 женски, од кои 18% беа од ромска националност);

50 испитаника од Смојмирово од избрани 25 домаќинства (28 машки и 28 женски);

56 испитаника од Ратево од избрани 28 домаќинства (28 машки и 28 женски);

50 испитаника од Двориште од избрани 25 домаќинства (25 машки и 25 женски);

46 испитаника од Будинарци од избрани 23 домаќинства (23 машки и 23 женски);

56 испитаника од Владимирово од избрани 28 домаќинства (29 машки и 27 женски);

48 испитаника од Митрашинци од избрани 24 домаќинства (24 машки и 24 женски);

14 испитаника од Мачево од избрани 7 домаќинства (7 машки и 7 женски);

140 испитаника од Русиново од избрани 70 домаќинства (70 машки и 70 женски).

Распределба според возраста на испитаниците

Табела 6: Преглед на испитаниците по возрасни групи

Table 6: Review of the interviewed persons according to the age groups

30 години возраст	7%
30 – 40	19%
40-50	22%
50-60	23%
над 60	29%

Број на членови по домаќинство:

42% со три и помалку члена;

45% од четири до пет члена и

13% над пет

дали се прифаќа или отфрла поставената нулта хипотеза на истражувањето во сегментот за члена.

Населените места во општината, осум на број, се од збиен тип, со оддалеченост од општинскиот центар од 3 до 5 км, со исклучок на село Двориште, кое се наоѓа во близина на македонско-бугарската граница и е одалечено 25 км од Берово.

За да се утврди позитивниот ефект на реформите по однос на намалувањето на предмети и поднесени барања за право на надомест на средства за купени лекови од Листа на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ , како и степенот на задоволството од страна на осигурениците кои живеат во градот и во селските населби од проширување на Позитивната листа на лекови, ќе се примени χ^2 тестот.

χ^2 тестот се пресметува со помош на добиените-пресметаните (f_d) и очекуваните фреквенции (f_0). Од добиената и очекуваната фреквенција се

добива разлика. Разликата меѓу фреквенциите се квадрира и на крај квадрираната разлика се дели со очекуваните фреквенции. Од збирот на сите четири количници се добива износот на χ^2 тестот.

На прашањето: Дали сте задоволни од проширувањето на Позитивната листа на лекови?

60% мислат дека тие промени се позитивни,

40% дека се негативни

Табела 7: Преглед на мислењето на граѓаните во однос на проширувањето на Позитивната листа

Table 7: Review of citizens opinion for the extension of the Positive list

Локација	Позитивен став	Негативен став	вкупно
Население во градот	293 (63%)	172 (33%)	465 (100%)
Население во селата	253 (52%)	207 (45%)	460 (100%)
Вкупно	546 (59,03%)	379 (40,97%)	925 (100%)

f_d	f_0	$f_d - f_0$	$(f_d - f_0)^2$	$(f_d - f_0)^2 / f_0$
172	190.52	-18.52	342.99	1.8
293	274.47	18.53	343.36	1.25
207	188.47	18.53	343.36	1.82
253	271.52	-18.53	342.99	1.26
вкупно				6,13

Добиениот износ на X^2 тестот е 6,13 што е многу голема вредност и ни укажува дека постојат статистички значајни разлики помеѓу двете групи на испитаници (односно, на населението што живее во град и во селските населби). Со тоа се отфрла претходно поставената нулта хипотеза на истражувањето.

За да се утврди дали постои поврзаност меѓу хипотезите, односно варијациите на испитувањето, ќе го пресметам **C**-коефициентот на контингенција, кој се пресметува на следниот начин:

$$C = \sqrt{x^2 / (N + x^2)}$$

$$C = \sqrt{6.13 / (925 + 6.13)} = 0,00658$$

Со пресметувањето на C коефициентот на контингенција кој изнесува 0,00658 утврдив дека не постои поврзаност помеѓу хипотезите, односно варијаблите, меѓутоа, секоја поединечно има влијание врз ефектите на реформите во здравството.

Од истражувачкиот дел во трудот произлегува дека има ефекти од реформите направени во здравствениот систем, со што се прошири покриеноста со здравствени услуги на населението по однос на снабдување на населението со лекови од Позитивната листа на лекови.

За потребата од реформи во здравствениот систем уште во 1999 година во својот труд "Новото јавно здравство" од Теодор Х. Тулчински и Елена А. Варавикова (1999) ја констатираа нивната неопходност во здравствените системи во повеќе земји каде се спомнува проширувањето на покриеноста со здравствени услуги на недоволно обслуженото население.

Со се поголемото инволвирање на медицинската заштита во превенцијата и постепеното навлегување во ерата на контролирана грижа, јазот меѓу јавното здравство и клиничката медицина се намали. Како што веќе е кажано, многу земји се во процес на реформи на нивните здравствени системи. Мотивацијата потекнува делумно од потребата за намалување на трошоците или за проширување на покриеноста со здравствени услуги на недоволно обслуженото население. Земјите без универзална здравствена заштита се уште имаат

забележителни разлики во достапноста или распределбата на услугите и бараат реформа со која ќе ги намалат тие нееднаквости, веројатно под политички притисок да се подобри здравствената заштита. Мотивот, или случајот за реформа, се фокусира на намалување на трошоците, регионална еднаквост или развој на универзален пристап и квалитетна здравствена заштита.

Постјаната еволуција влијае врз демографските и епидемиолошките структури, здравствените системи се исто така под влијание на технолошки, финансиски и организациски промени. Постојано се јавуваат нови проблеми и приоритети кои треба континуирано да се реевалуираат со цел да се изнајдат ефикасни начини за , како што се професионално и јавно незадоволство, кои мора да се евалуираат, следат и решаваат како дел од еволуцијата на јавното здравство.²⁰

8. ПОСТАПКА ЗА НАДОМЕСТ НА СРЕДСТВА ЗА ЛЕКОВИ

Како и за сите наведени права од здравствено осигурување, така и за правото на надомест – рефундација на средства за лекови од листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ бидејќи произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, Фондот донесе процедура со која се дефинира процесот на прием на барањето за остварување на правото од задолжително здравствено осигурување за надомест на трошоци по основ на лекови од Листата на лекови. Процедурата го опфаќа и процесот на обработка и контрола на податоците доставени со барањето, како и процесот на изготвување на решение. Содржината на барањето е пропишана со Одлуката за утврдување на

²⁰ Теодор Х. Тулчински,(1999). Министерство за здравство, Ерусалим, Израел и Школа за јавно здравство, Универзитет Хадасах-Хибру, Ерусалим, Израел, Елена А. Варавикова , Прва московска медицинска академија (Сеченов) Централен истражувачки институт за јавно здравство, Москва , Русија (1999г), страна 97 и 98

обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, објавен во Сл. весник на РМ, бр.54/2012 година. Брањето ги содржи следните податоци за осигуреното лице:

- Име и презиме,
- Адреса (улица, број на стан/куќа, место итн),
- Телефон,
- Број на здравствена легитимација,
- Единствен матичен број на осигуреникот - носителот на осигурувањето (или единствен здравствен број на осигуреникот, односно носителот на осигурувањето),
- Единствен матичен број на осигуреното лице – член на семејството (или единствен здравствен број на осигуреното лице, односно член на семејството),
- Вработен во / осигуран преку (фирма, институција преку која се остварува правото),
- Број на трансакциска сметка.

Во секој образец, во зависност од видот на рефундацијата, се содржани и прилозите кои треба да се достават кон барањето. Правото на надомест на трошоците за купени лекови од Листата на лекови кои се издаваат на рецепт во примарната здравствена заштита, осигуреното лице го остварува со поднесување на барање (образец Р2 Надомест на лекови) комплетирано со следните документи:

1. За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита:

- Рецепт за препишан лек од избран лекар;
- Извештај од лекар специјалист односно субспецијалист или отпусно писмо со назначена терапија, ако лекот се препишува по предлог на лекар специјалист, односно субспецијалист;
- Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки;

- Фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
- Копија од потписен картон или (платежна картичка) на трансакциска сметка на барателот.

Надоместот на средства за набавени лекови на рецепт од Листата на лекови во примарна здравствена заштита се врши само доколку лековите се набавени од аптека која има склучено договор со Фондот. Не се врши надомест на средства за лековите од Листата на лекови кои немаат Одобрение за ставање во промет во Р. Македонија.

2. За лекови од болничката листа:

- Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија (во согласност со режимот на препишување означен во Листата на лекови потребна е препорака од болнички или клинички конзилиум);
- Конзилијарни мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно, во согласност со режимот на препишување на лекот утврден во листата на лекови;
- Потврда од соодветна здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за апликација на лекот, во согласност со Листата на лекови, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- Фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
- Здравствена легитимација на увид;
- Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Надоместокот на средства за набавени лекови од Листа на лекови во болничка здравствена заштита се врши без оглед дали аптеката од која се набавени лековите има склучено договор со Фондот. Во согласност со Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување, подносителот на барањето е потребно да бил осигуреник, односно да имал здравствено осигурување и бил платен придонесот за здравствено осигурување **на денот кога е извршена**

апликацијата или издавање на лекот, односно лековите за кои е поднесено барањето за рефундација, а што може да се види од датумот на потврдата за апликација или издавање на лекот. Во моментот на поднесување на барањето поднесувачот на барањето не е неопходно да е и понатаму осигуреник на Фондот. Како потврда за апликација на лекот може да послужи рецептен образец на кој на задната страна е потврдена апликацијата на лекот (со потпис на пациентот и печат на здравствената установа), специјалистички извештај или отпусно писмо во кои на ист начин е потврдена апликацијата на лекот.

Во согласност со Материјалниот закон, односно Законот за здравствено осигурување, постапката за остварување на правата од задолжително здравствено осигурување започнува со поднесување барање во Подрачната служба каде што лицето е здравствено осигурано. Барањето се пополнува во два примерока. Едниот примерок заедно со останатата потребна документација го доставува до лицето задолжено за прием на документацијата, додека вториот примерок, заверен со штембил од Подрачната служба, го задржува осигуреникот како доказ за доставено барање.

Образец на барање P2

Б А Р А Њ Е

За надомест (рефундација на средства) за лекови

Од осигуреникот ----- (за член на семејството
-----) од населено место -----
Ул.----- бр. ----- телефон -----
Број на здравствена легитимација -----
ЕМБГ на осигуреникот (носител) -----
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот -----
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејството) -----
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)-----
Вработен во/осигуран преку -----
Број на трансакциска сметка -----
Барам Фондот за здравствено осигурување - Подрачна служба -----

Врз основа на приложената документација кон Барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува)

А	За лекови на рецепт во примарна здравствена заштита	Б	За лекови од болничка листа
1.	Рецепт за препишан лек од избран лекар	1.	Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор
2.	Потврда од здравствена установа со датум на аплицирање ако се работи за лек од ампуларна форма	2.	Конзилијарно мислење(препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно во согласност со режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки 1	3.	Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучено договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма
4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот	4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот
5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот	5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот

1. По исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три

Место и датум на поднесување

Подносител на барањето

По извршената проверка на комплетноста на доставената документација истата се заведува во уписник образец УП1. Доколку документацијата не е комплетна, истата се заведува и на осигуреното лице веднаш му се издава известување во кое се наведува кои документи недостасуваат. Се остава рок од 5 дена за комплетирање на доставеното барање од страна на барателот. Известувањето се издава во два примерока, од кои едниот потпишан од страна на осигуреното лице, се прикачува за останатата документација која останува во Подрачната служба, додека вториот примерок се дава на осигуреното лице.

Предметот во кој документацијата е комплетна или докомплетирана во предвидениот рок, уште истиот ден се доставува до лицето надлежно за утврдување на правото на рефундација на средства за набавени лекови кои се на Позитивната листа, а кои осигуреникот ги набавил со сопствени средства.

Доколку, пак, некомплетното барање во дадениот рок не се докомплетира, се доставува до правната служба, која изготвува решение со кое барањето се одбива како неосновано. Решението за неосновано барање го потпишува и раководителот на Подрачната служба, по што се испраќа на подносителот на барањето.

По примањето на барањето со комплетната документација, лицето задолжено за утврдување на правото на рефундација врши контрола на: основата на осигурување на осигуреникот и во која Подрачна служба е пријавен истиот според матичната евиденција на ПС, дали на осигуреникот во целост му се измирени обврските по основа на придонес за здравствено осигурување кон ФЗОМ, во времето на извршување на здравствената услуга. Под услов доколку подрачната служба не располага со податоци за измирување на обврските, истите се обезбедуваат од Централата на фондот или соодветна подрачна служба каде лицето било претходно евидентирано. Но, со имплементацијата на поврзаноста на ниво на РМ на Фондот со другите служби, како што е Агенцијата за вработување, Пензиско и инвалидско осигурување на РМ, како и Управата за јавни приходи, се олеснува во тој поглед работата во смисла на платени обврски по основа на здравствено осигурување, од каде лицето е или било здравствено осигурано, како и сите потребни податоци што се однесуваат за

статусот на осигуреното лице. Исто така, се врши контрола и на исправноста на доставената документација во согласност со тековните прописи од правно формален и содржински аспект. Доколку барањето се однесува за рефундација на лекови се прави проверка дали лекот е на Листа на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, како и дали е запазен режимот на пропишување, индикациите (доколку има наведено индикации) за кои тој лек паѓа на товар на Фондот. За лек од болничка листа на лекови, доколку истиот е примен, односно аплициран за време на хоспитализација, што се утврдува со споредба на датите на апликација со датите на хоспитализацијата, не се одбива партиципација од референтната цена на лекот, односно од набавната цена на лекот кога истиот нема референтна цена определена од фондот.

Рок за донесување на решението

Во согласност со материјалниот закон, односно Законот за здравствено осигурување, рок на донесување и доставување на решението до странката е 30 дена од денот на доставувањето на барањето (независно дали е комплетирано или не), а ако е потребно и мислење од лекарска комисија на Фондот во рок од 45 дена. Доколку е изјавена жалба против Првостепеното решение, се постапува во согласност со членовите од 234 до 238 од Законот за општата управна постапка. Потоа се испитува дали жалбата е допуштена, навремена и изјавена од осигуреникот, односно од него овластено лице. Ако жалбата е недопуштена, ненавремена или не е соодветно изјавена, првостепениот орган ќе ја отфрли со решение. Доколку првостепениот орган утврди дека жалбата е оправдана може да го земе предвид изнесеното во жалбата, да ја преиначи одлуката и да даде ново решение со кое ќе го измени претходното. Кога првостепениот орган ќе најде дека поднесената жалба е допуштена, навремена и изјавена од осигуреникот, односно од него овластено лице, должен е без одложување, а најдоцна во рок од 15 дена, да ја достави истата заедно со пропратната документација во предметот до второстепениот орган - Министерот за здравство.

Доколку Фондот не донесе решение за остварување на правото за рефундација на средства за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, односно не донесе решение за одбивање на барањето во рокот пропишан во Законот за здравствено осигурување, подносителот на барањето има право во рок од три работни дена од истекот на рокот за донесување на решението од истекот на рокот за донесување на решението да поднесе барање до писарницата (архивата) на директорот на Фондот и директорот да донесе решение во рок од пет работни дена со кое ќе го уважи или одбие барањето на осигуреникот.

Во досегашното излагање во врска со правото на надомест – рефундација на средства за набавка на лекови кои се на Позитивна листа со сопствени средства беше опишана постапката и начинот на остварување на тоа право кое се остварува во управна постапка.

За да се заокружи целокупната процедура за остварување на ова како и на сите останати права од здравствено осигурување треба да се напомене и тоа дека по извршноста на решението за рефундација се изготвува спецификација – требување на средства и се доставува до централата на фондот. По одобрување на средствата Подрачната служба врши исплата по основа на позитивните решенија.

9. РЕЗУЛТАТИ

Од спроведената анализа на статистичките податоци за барања доставени за надомест на средства за набавка на лекови со сопствени средства од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ и тоа на ниво на Република Македонија и на подрачјето на Подрачна служба – Берово, се констатира дека за назначениот временски период, во трудот за кој се врши и анализата, односно периодот 2008 – 2011 година со проширувањето на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата, опаѓа бројот на поднесени барања, како на ниво на Република Македонија така и на ниво на подрачјето на Подрачна служба – Берово.

Од спроведената анализа на резултатите добиени од анкетираниите граѓани на подрачјето на Подрачна служба – Берово од селските населби и градот Берово, во врска со снабденоста на аптеките со лекови за лекови на рецепт и проширување на Позитивната листа, се констатира дека населението што живее во селските населби не е толку задоволно бидејќи во селските населби нема аптеки и луѓето мораат да патуваат за да се снабдат со тие лекови. За разлика од нив, анкетираното население од градот во врска со снабденоста на лекови со постојано проширување на Позитивната листа се позадоволни.

10. ЗАКЛУЧОК

Постоењето на ФЗОМ како институција која врши дејност од јавен интерес е неопходна за остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, а кои опфаќаат право на здравствени услуги и право на парични надоместоци.

Со отпочнување на реформите во здравствениот систем во Републиката, од 2005 година, се реформираше и ФЗОМ, конкретно во 2009 година ФЗОМ спроведе бројни реформи кои значително ги подобрија системите на здравствена заштита и здравствено осигурување во Република Македонија. Главна реформа која што се направи и која што продолжува и денес е трансформација на Фондот од институција која што го финансира работењето на јавното здравство, во купувач на здравствени услуги. Со самото тоа ФЗОМ се реформира во институција која се грижи за поквалитетно остварување на правата од здравствено осигурување на осигурениците на ниво на Републиката.

Од спроведеното истражување во овој труд, односно од добиените податоци за движењето на бројот на предмети по поднесени барања на осигурениците за надомест на средства за купени лекови со сопствени средства, а се наоѓаат на Позитивната листа на лекови за периодот од 2008 година до 2011 година на ниво на Република Македонија и на подрачјето на Подрачна служба - Берово се констатира дека: во 2008 година бројот на

поднесени барања по горенаведената основа на ниво на РМ изнесува 42.359, а во 2007 година 77.975, намалување за 84,08%. Во 2009 година тој број се намали и изнесува 29.925. Во 2010 година имаме проширување на листа на лекови за 240 лека без доплата. Но се зголеми бројот на поднесени барања по Одлуката донесена од Уставен суд со која се укинува Членот 10 ст.1 т.8 од Законот за здравствено осигурување. Во 2011 година тој број е намален за речиси 40% во однос на 2010 година.

Исто така, во овој труд спроведов истражување за движењето на поднесените барања до Подрачната служба – Берово по тип на повраток и со анализа на истите се дојде до следната констатација: во 2008 година на ниво на Подрачна служба служба – Берово беа поднесени 431 барање, во 2009 година 189 барања, во 2010 година се поднесени вкупно 296 барања, а во 2011 година тој број изнесува 124.

Од спроведената анкета, пак, на населението во врска со задоволството од проширување на Позитивната листа на лекови се заклучи дека анкетираното население кое живее во селските населби 40% е задоволно, во однос на населението од градот кое при анкетата се произнесе и се констатира дека 60% од населението што живее во градот се задоволни од пришурувањето на позитивната листа.

Од спроведеното истражување се утврди дека, со проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата, бројот на поднесени барања во врска со надоместокот на средства за лекови опаѓа. Тоа значи дека значителен дел од лековите кои осигурениците ги користат ги добиваат без доплата или со минимална доплата.

Од спроведеното истражување во овој труд и од добиените резултати при истражувањето за намалување на бројот на поднесените барања за надомест на лекови од Позитивната листа, а кои осигурениците ги набавиле со сопствени средства и задоволството на осигурениците од проширување на Позитивната листа може да се заклучи дека:

- ✓ Бројот на поднесени барања до Подрачната служба во Берово по однос на надомест – рефундација на средства за набавени лекови за

периодот од 2008 до 2011 година опаѓа како резултат на проширување на Позитивната листа на лекови со лекови без доплата или со минимална доплата, истото се рефлектира и на ниво на Република Македонија,

- ✓ По спроведената анкета за задоволството на осигурениците во селските населени места и во градот Берово се констатира дека 60% од населението во градот е задоволно од Проширувањето на позитивната листа, а 40% од населението што живее во селските населби е задоволно од Проширената позитивна листа.

Препораки

- ✓ **Да се отворат аптеки во селските населени места со што би биле достапни лековите од Позитивна листа на лекови со кои осигурениците се снабдуваат со лекови препишани на рецепт;**
- ✓ **Осигурениците заболени од одредени заболувања за чие лекување користат скапи лекови кои се на Позитивна листа на лекови, преку своите здруженија заедно со ФЗОМ да бараат од страна на Бирото за лекови намалување на цената на скапите лекови, како истите би биле достапни за осигурениците;**
- ✓ **Фондот за здравствено осигурување на Македонија заедно со останатите чинители во сферата на здравствениот систем, Министерство за здравство, Бирото за лекови како и Здруженијата на пациенти со одредени заболувања чии лекови не се на Позитивна листа да се изнајдат можности за ставање на истите на Позитивната листа на лекови;**
- ✓ **Да се следи светскиот тренд за современи и ефикасни лекови за одредени групи на специфични заболувања;**
- ✓ **ФЗОМ да продолжи со добрата пракса на континуирано, сеопфатно и транспарентно информирање на осигурениците во врска со начинот и постапките за користење на квалитетни здравствени услуги и остварување на правата од задолжителното**

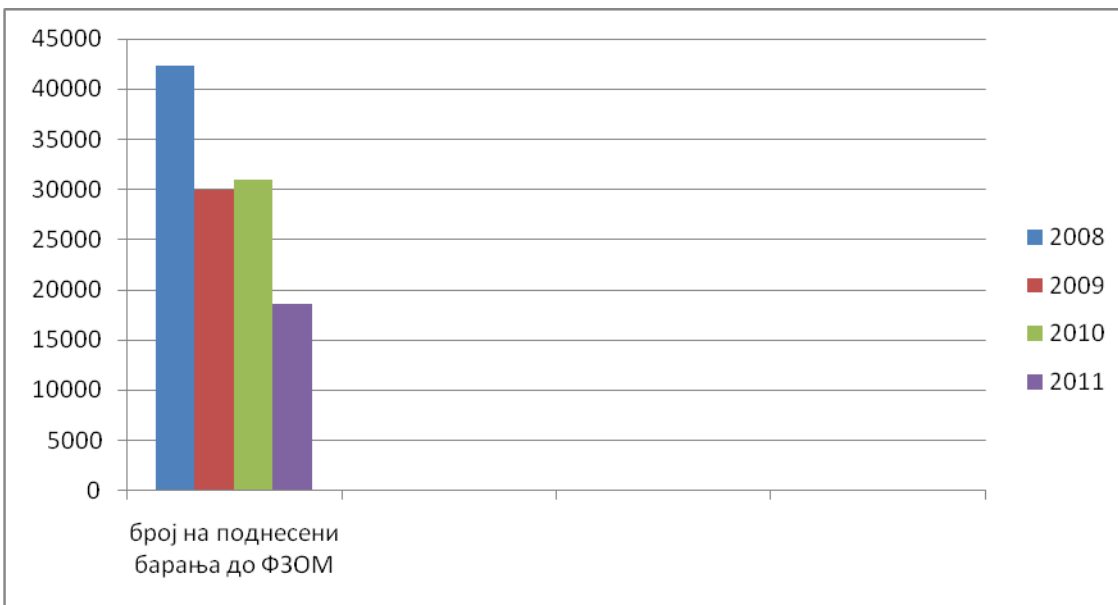
здравствено осигурување

- ✓ **ФЗОМ да учествува во утврдување и реализација на национални програми за здравствена заштита.**

11. ДОДАТОК

Табела 1: Преглед на поднесени барања до ФЗОМ по години

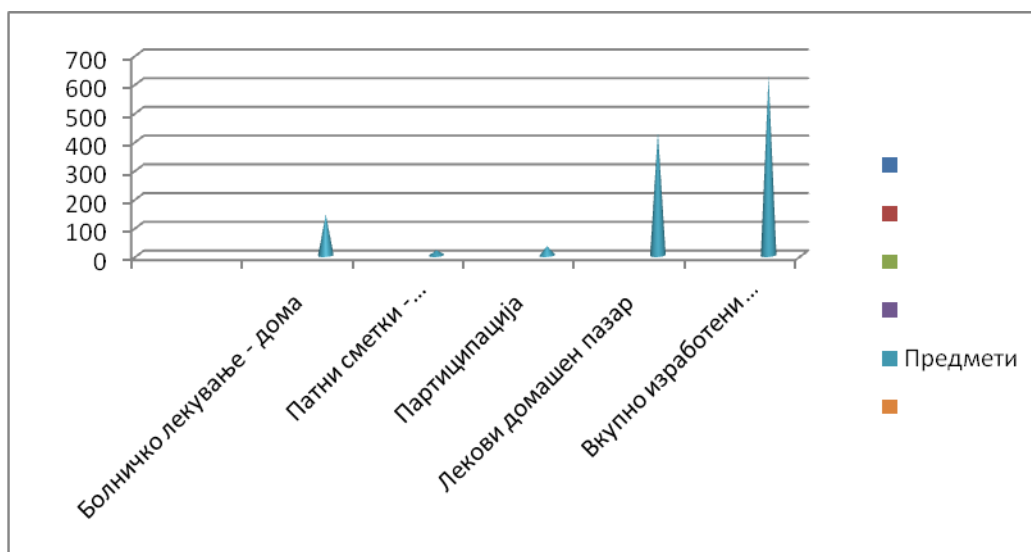
Table 1: Review of the submitted requests to the FHIM



Табела 2: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2008 година

Table 2: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2008

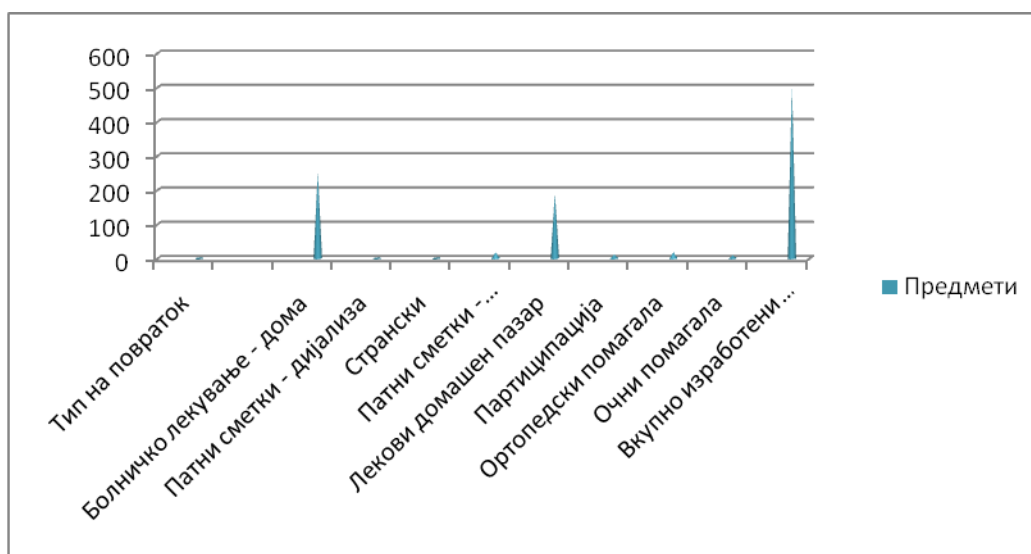
Тип на повраток				Предмети	
Болничко лекување - дома				143	
Патни сметки - слух, говор, вид				18	
Партиципација				33	
Лекови од домашен пазар				431	
Вкупно изработени предмети				625	



Табела 3: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2009 година

Table 3: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2009

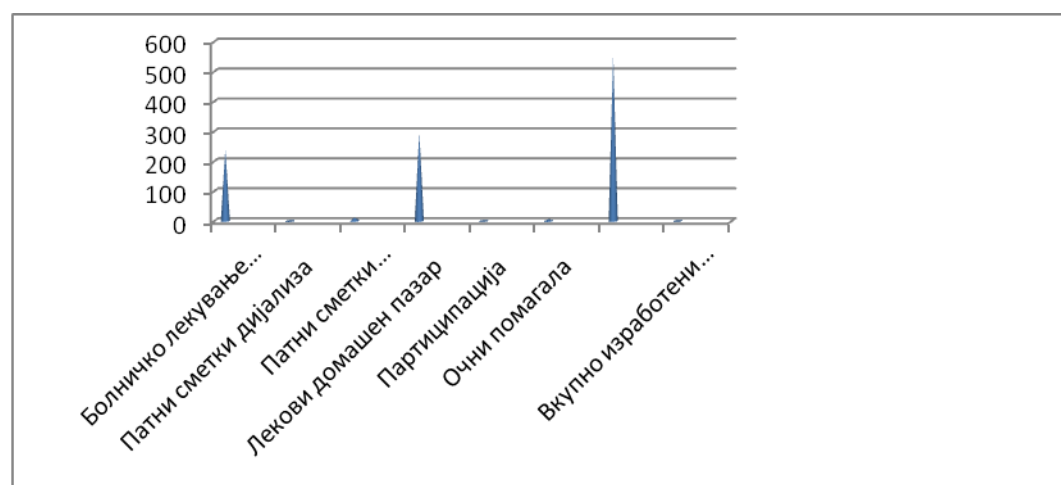
Тип на повраток				Предмет и	
Болничко лекување - дома				254	
Патни сметки - дијализа				2	
Странски				1	
Патни сметки-слух, говор, вид				18	
Лекови домашен пазар				189	
Партиципација				12	
Ортопедски помагала				18	
Очни помагала				9	
Вкупно изработени предмети				503	



Табела 4: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2010 година

Table 4: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2010

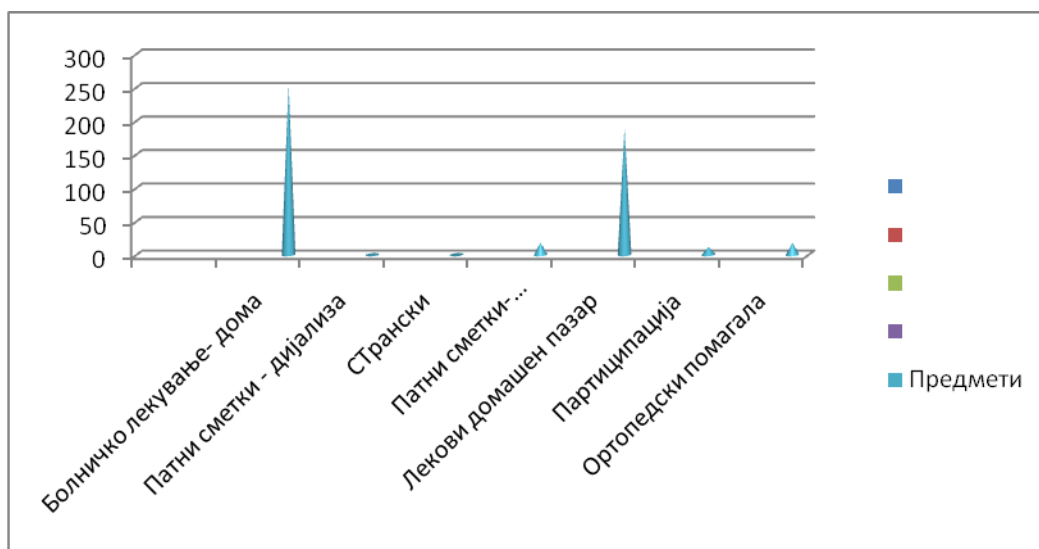
Тип на повраток			предмети
Болничко лекување дома			239
Патни сметки - дијализа			1
Патни сметки - слух, говор, вид			11
Лекови домашен пазар			296
Партиципација			1
Очни помагала			6
Вкупно изработени предмети			554



Табела 5: Преглед на изработени предмети по тип на повраток за 2011 година

Table 5: Review of the elaborated acts according to the type of refund for 2011

Тип на повраток				Предмети
Болничко лекување - дома				269
Патни сметки - дијализа				2
Патни сметки- слух, говор, вид				14
Лекови домашен пазар				124
Очни помагала				3
Ортопедски помагала				1
Вкупно изработени предмети				413



АНКЕТА

1. Пол

М

Ж

2. Возраст

До 30

30-40

40-50

50-60

над 60

3. Место на живеење

Град

село

4. Број на членови во домаќинството

До 3

4-5

над 5

5. Дали сте задоволни од проширувањето на Позитивната листа на лекови?

Да

Не

Б А Р А Њ Е

За надомест (рефундација на средства) за лекови

Од осигуреникот ----- (за член на семејството -----
 -----) од населено место -----
 Ул. ----- бр. ----- телефон -----
 Број на здравствена легитимација -----
 ЕМБГ на осигуреникот (носител) -----
 (или) Единствен здравствен број на осигуреникот -----
 ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејството) -----
 (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) -----
 Вработен во/осигуран преку -----
 Број на трансакциска сметка -----
 Барам Фондот за здравствено осигурување - Подрачна служба -----

Врз основа на приложената документација кон Барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува)

А	За лекови на рецепт во примарна здравствена заштита	Б	За лекови од болничка листа
1.	Рецепт за препишан лек од избран лекар	1.	Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор
2.	Потврда од здравствена установа со датум на аплицирање ако се работи за лек од ампуларна форма	2.	Конзилијарно мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно во согласност со режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки 1	3.	Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучено договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма
4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот	4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот
5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот	5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот

1. По исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три.

Место и датум на поднесување

Подносител на барањето

12. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Беловски, В. (2009), Авторизирани предавања по предметот Административно право, Применета програма;
2. Дацев,Н. (2011), Деловно право, издание за теорија и практика на правото,
3. Мајхошев, А, Беловски, В (2012), Трудово право (Авторизирани предавања). Унуверзитет „Гоце Делчев“ Штип
4. Стојчев,В. (2004), Методологија на воени науки, Скопје;
5. Теодор Х. Тулчински,(1999). Министерство за здравство, Ерусалим, Израел и Школа за јавно здравство, Универзитет Хадасах-Хибру, Ерусалим, Израел, Елена А. Варавикова , Прва московска медицинска академија (Сеченов) Централен истражувачки институт за јавно здравство, Москва , Русија (1999г),
6. Закон за здравствено осигурување (2000), Службен весник на Република Македонија , бр. 25 од 2000 година;
7. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2001), Службен весник на Република Македонија, бр.50 од 2001 година;
8. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2002), Службен весник на Република Македонија, бр.11 од 2002 година;
9. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2003), Службен весник на Република Македонија, бр.31 од 2003 година;
10. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2005), Службен весник на Република Македонија, бр.84 од 2005 година;
11. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2006), Службен весник на Република Македонија, бр.37 од 2006 година;

12. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.18 од 2007 година;
13. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.36 од 2007 година;
14. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.82 од 2008 година;
15. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.98 од 2008 година;
16. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.6 од 2009 година;
17. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.67 од 2009 година;
18. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.50 од 2010 година;
19. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.156 од 2010 година;
20. Закон за здравствено осигурување пречистен текст (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.19 од 2011 година;
21. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.53 од 2011 година;

22. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.26 од 2012 година;
23. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.65 од 2012 година;
24. Закон за здравствената заштита (1991), Службен весник на Република Македонија, бр.38 од 1991 година;
25. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (1993), Службен весник на Република Македонија, бр.46 од 1993 година;
26. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (1995), Службен весник на Република Македонија, бр.55 од 1995 година;
27. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2004), Службен весник на Република Македонија, бр.10 од 2004 година;
28. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2005), Службен весник на Република Македонија, бр.84 од 2005 година;
29. Закон за измени и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2005), Службен весник на Република Македонија, бр.111 од 2005 година;
30. Закон за изменување на Законот за здравствена заштита (2006), Службен весник на Република Македонија, бр.65 од 2006 година;
31. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.5 од 2007 година;
32. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.77 од 2008 година;

33. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.67 од 2009 година;
34. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.88 од 2010 година;
35. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.44 од 2011 година;
36. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.53 од 2011 година;
37. Закон за здравствената заштита (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.43 од 2012 година;
38. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.145 од 2012 година;
39. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита, пречистен текст (2013), Службен весник на Република Македонија, бр.10 од 2013 година;
40. Закон за лекови и медицински помагала (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.106 од 2007 година;
41. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала, (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.88 од 201 година;
42. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.36 од 2011 година;
43. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.53 од 2011 година;

44. Закон за дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.136 од 2011 година;
45. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.53 од 2012 година;
46. Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.37 од 2008 година;
47. Закон за општата управна постапка (2005), Службен весник на Република Македонија, бр.38 од 2005 година;
48. Закон за изменување и дополнување на Законот за општа управна постапка (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.38 од 2008 година;
49. Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2006), Службен весник на Република Македонија, бр.30 од 2006 година;
50. Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување – Пречистен текст (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.115 од 2007 година;
51. Правилник за изменување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.132 од 2007 година;
52. Правилник изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.59 од 2008 година;
53. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од

- задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.64 од 2008 година;
54. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.128 од 2008 година;
55. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.149 од 2008 година;
56. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија бр.164 од 2008 година;
57. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.7 од 2009 година;
58. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.22 од 2009 година;
59. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија бр.73 од 2009 година;
60. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.74 од 2009 година;
61. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од

- задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.116 од 2009 година;
62. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.139 од 2009 година;
63. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.140 од 2009 година;
64. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.9 од 2010 година;
65. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.13 од 2010 година;
66. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.44 од 2010 година;
67. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.81 од 2010 година;
68. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија бр.105 од 2010 година;
69. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од

- задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.154 од 2010 година;
70. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.171 од 2010 година;
71. Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.105 од 2011 година;
72. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.115 од 2011 година;
73. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.144 од 2011 година;
74. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.181 од 2011 година;
75. Правилник за изменување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.5 од 2012 година;
76. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.29 од 2012 година;

77. Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија бр.54 од 2012 година;
78. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.138 од 2012 година;
79. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.164 од 2012 година;
80. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2013), Службен весник на Република Македонија, бр.57 од 2013 година;
81. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2013), Службен весник на Република Македонија, бр.64 од 2013 година;
82. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2013), Службен весник на Република Македонија, бр.88 од 2013 година;
83. Правилник за користење на здравствени услуги во странство – Пречистен текст (2007), Службен весник на Република Македонија, бр.115 од 2007 година;
84. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.100 од 2008 година;

85. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2009), Службен весник на Република Македонија, бр.22 од 2009 година;
86. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.75 од 2010 година;
87. Правилник за користење на здравствени услуги во странство (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.105 од 2010 година;
88. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2011), Службен весник на Република Македонија, бр.151 од 2010 година;
89. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.159 од 2012 година;
90. Правилник за измените и дополнувањата на Правилникот за користење на здравствени услуги во странство (2012), Службен весник на Република Македонија, бр.159 од 2012 година;
91. Одлука на Уставен суд, Убр.109 и 185 (2010), Службен весник на Република Македонија, бр. 14 од 2010 година;
92. Фонд за здравствено осигурување на Р. Македонија (2012).Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;
93. Годишен Извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2008 година; Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;
94. Годишен Извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2009 година; Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;
95. Годишен Извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2010 година; Преземено на 7 јуни 2013г. од <http://www.fzo.org.mk>;

96. Годишен Извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2011 година; Преземено на 7 јуни 2013г. од [http: //www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk);
97. Годишен Преглед на извршени услуги по тип на повраток за извршени здравствени услуги во Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија – Подрачна служба – Берово, (2008) година;
98. Годишен Преглед на извршени здравствени услуги по тип на повраток за извршени здравствени услуги во Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба – Берово, (2009) година;
99. Годишен Преглед на извршени здравствени услуги по тип на повраток за извршени здравствени услуги во Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба – Берово, (2010) година;
100. Годишен Преглед на извршени здравствени услуги по тип на повраток за извршени здравствени услуги во Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба – Берово, (2011) година;

Лилјана Пашалиска

**Правата од здравственото осигурување и надоместокот на
трошоците за лекови**

Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип